

TABLE DES MATIERES

1. INTRODUCTION	1
2. PROBLEMATIQUE.....	1
2.1 Exposé du sujet	1
2.2 Question de recherche PICOT	5
2.3 Définition des concepts	5
2.3.1 Programme Fast-track.....	5
2.3.2 Proches aidants	6
2.3.3 Réhabilitation.....	6
2.3.4 Vécu du patient (y inclus la perception)	6
2.4 Cadre de recherche : Modèle de l'auto-soin selon D. Orem	7
2.4.1 La personne	8
2.4.2 L'environnement	8
2.4.3 Santé	9
2.4.4 Soins	9
2.4.5 Concepts spécifiques de la théorie d'Orem.....	10
3.METHODOLOGIE/STRATEGIE DE RECHERCHE	14
3.1 Stratégie de recherche documentaire.....	14
3.2 Critères d'inclusion et d'exclusion.....	15
3.2.1 Critères d'inclusion	15
3.2.2 Critères d'exclusion.....	15
4. PRESENTATION DES RESULTATS.....	15
4.1 Présentation tabulaire des résultats.....	15
4.2 Analyse critique par article.....	36
Jorgensen & Fridlund (2016)	36
Specht ; Kjaersgaard-Andersen ; Kehlet ; Wedderkopp & Pedersen (2015).....	36
Bottcher Berthelsen, Lindhardt & Frederiksen (2014)	37
Norlyk & Harder (2011).....	38
Norlyk & Martinsen (2012)	39
Kjohlhede ; Wodlin ; Nilsson ; Frederikson & Wijma (2012)	40
5. SYNTHÈSE DES RESULTATS.....	40
5.1 Tâches des soins dépendants (<i>Dependent care tasks</i>)	40
5.1.1 Tâches liées à l'autre	41
5.1.2 Tâches liées à la situation de soin	41
5.1.3 Tâches liées au système de soin.....	42
5.2 Capacité d'auto-soin (<i>self-care agency power</i>)	42
5.2.1 L'habileté à maintenir son attention et à exercer la vigilance requise en se respectant comme agent d'auto-soin et en respectant les conditions internes et externes ainsi que les facteurs significatifs entourant l'auto-soin.....	42

5.2.2 L'habileté à prendre des décisions quant au soin de soi et à opérationnaliser ces décisions. ..	43
5.2.3 L'habileté à effectuer des opérations d'auto-soin de façon conforme, en les intégrant aux aspects pertinents de sa vie personnelle, familiale et communautaire.	43
5.2.4 Un répertoire de compétences interpersonnelles, perceptuelles, cognitives, de communication et de manipulation, adaptées à l'exécution des opérations d'auto-soin.	43
6. DISCUSSION	45
7. CONCLUSION.....	49
8. BIBLIOGRAPHIE	51
8.1 Liste de références bibliographiques	51
8.2 Liste bibliographique.....	54

1. INTRODUCTION

Dans le cadre de nos études Bachelor en soins infirmiers, il nous a été demandé de rédiger un travail de recherche axé sur la recension des écrits. Nous avons choisi la thématique de réhabilitation rapide après chirurgie. En 2001, un nouveau programme nommé Fast-track, voit le jour. Ce dernier propose de nombreux changements dans la prise en charge des patients dans chacune des phases périopératoires. Il est adopté au CHUV en 2011 sous le nom « ERAS® » (Enhanced Recovery After Surgery) qui découle du programme Fast-track. Notre problématique sera introduite par le changement de système de rémunération et les bénéfices qui en découle. Nous poursuivrons par l'impact sur les infirmières de ce nouveau système et introduirons le programme Fast-track et ses bénéfices au niveau du système suisse et l'impact pour le proche et le patient. Cela nous amènera à la question de recherche construite avec l'outil PICOT. Suite à cela, nous introduirons les concepts de « Programme Fast-track » ; « Réhabilitation rapide » ; « Proche aidant » et « Vécu du patient ». Nous introduirons ensuite le cadre de recherche qui est celui de l'auto-soin de D. Orem en définissant les éléments utiles à la compréhension du travail. Nous exposerons la stratégie de recherche d'articles que nous avons utilisée afin de vous présenter les résultats et une synthèse de ces derniers en suivant les principes de la théorie de D. Orem. Finalement, nous apporterons un regard critique sur la synthèse dans la discussion où nous évaluerons l'intérêt de ces résultats pour la pratique et la recherche et en feront ressortir des recommandations.

2. PROBLEMATIQUE

2.1 Exposé du sujet

En 1975, un nouveau concept de paiement des coûts de la santé, a été mis en place aux Etats-Unis (USA) par l'Université de Yale, les Diagnosis Related group (DRG). Le remboursement DRG (forfaits par cas), est basé sur un paiement fixe selon le diagnostic du patient. Ce nouveau concept a plusieurs objectifs ; réduire les coûts, augmenter les bénéfices et la qualité des systèmes de santé (Leister & Jürgen, 2005).

Dans les années 70, l'objectif était de vérifier si la manière de procéder en économie d'entreprise concernant les contrôles des coûts et de la qualité pouvait s'adapter aux hôpitaux. Au début, l'attention était portée sur les différences dans la qualité des prestations ainsi que des traitements. Par la suite, l'aspect "diminution des coûts" grâce aux DRG a rapidement été mis en valeur. En 1983, les

DRG ont été utilisés aux USA comme système de rémunération au sein des hôpitaux, ce qui a suscité une vive attention dans divers pays (SwissDRG 1.0, 2011).

En Suisse, ce changement de système de rémunération a été introduit le 1^{er} janvier 2012, sous le nom de *Swiss Diagnosis Related Groups* (SwissDRG) (Spirig, Spichiger, Martin, Irena, Müller & Kleinknecht, 2014).

Dans ce nouveau système, le séjour du patient est catégorisé dans un groupe de pathologies et remboursé de manière forfaitaire sur la base de divers critères comme le diagnostic du patient primaire, les diagnostics supplémentaires, les traitements et le degré de sévérité de la pathologie. L'objectif à long terme était de permettre au patient de profiter d'un processus de traitement optimisé et d'une meilleure qualité de soins grâce à la concurrence entre les fournisseurs de prestations. (SwissDRG, 2015)

Le financement au forfait par cas national « SwissDRG » est pour la première fois, un système qui s'applique à tous les cantons de la Suisse. Grâce à ce système, les prestations et les prix peuvent être comparés, les hôpitaux sont rémunérés en fonction de leurs prestations, de la complexité et de la sévérité des prises en charge. De plus ce système a un objectif à long terme confrontant les prix et la qualité des soins, ce qui permet aux hôpitaux privés et publics d'être à égalité. Les patients auront le choix de l'institution, ainsi que le canton dans lequel ils souhaitent se faire soigner. (Hölzer (n.d.))

Diverses améliorations sont apportées grâce aux forfaits par cas SwissDRG. Les coûts des prestations médicales dans les hôpitaux sont similaires, transparents et basés sur les prestations de chaque cas. Ils soutiennent également un système de santé financièrement tolérable pour l'ensemble de la Suisse. Ces forfaits permettent aux institutions de tirer avantage des économies existantes et d'améliorer les processus. Les institutions publiques font face à des pénuries progressives de fonds ainsi qu'une augmentation des coûts dans le contexte du vieillissement de la population. Celles-ci doivent alors traiter efficacement les patients tout en garantissant un niveau de qualité élevé et permet d'économiser l'argent pour être mieux redistribué. Les différentes disciplines médicales travaillant dans les institutions renforcent leur collaboration et permettent de simplifier la planification hospitalière supra-cantonale. Sur le long terme, les patients bénéficient d'un processus de traitement amélioré et d'une qualité amplifiée grâce à la concurrence qui s'est installée entre les institutions de soins. (SwissDRG, 2015)

En Suisse, il est attendu, en conséquence de la mise en place des SwissDRG, une augmentation de la sévérité de la maladie chez les patients nécessitant un traitement hospitalier aigu. En règle générale,

les patients bénéficieront de plus de traitements et de soins dans les secteurs extrahospitaliers (Spirig et al., 2014).

Dans les autres pays, l'insertion de ce type de remboursement a mené à une diminution de la main-d'œuvre infirmière, de la qualité des soins, de projets infirmiers et de la recherche infirmière (dû aux limites financières) (Spirig et al., 2014). Ainsi, le développement de ce projet pourrait affecter négativement l'environnement de travail des infirmiers et le sentiment de satisfaction des soignants par rapport à leur métier. Ceci peut avoir un impact de l'image d'autrui sur l'infirmière, également de l'image de celle-ci sur sa profession et par conséquent une difficulté à engager des infirmiers ou de les garder dans la profession. (Aiken, Clarke, Sloane, Lake & Cheney, 2008).

Une étude faite auprès des infirmières en Suisse, démontre que les SwissDRG ont un impact sur celles-ci. Les participants ressentent une augmentation de la complexité dans les soins. Ils ont également remarqué une diminution de la durée de séjour du patient auquel ils s'efforçaient à offrir une haute qualité des soins même dans les situations qui demandaient un certain nombre de ressources. Une pratique interprofessionnelle et un soutien de la direction contribuaient au fait que les infirmières aient les capacités pour surmonter les défis quotidiens. La satisfaction du travail était dû aux interactions entre les patients (Rettke, Frei, Horlacher, Kleinknecht-Dolf, Spichiger & Spirig, 2015).

Nous assistons alors à un "renouvellement du personnel" (*Nurse Turnover*) plus fréquent, en d'autres mots, à un processus de changement de poste ou alors de démission des infirmières. Ce renouvellement du personnel en continu pourrait mettre en péril la qualité de travail. Les facteurs favorisant la rétention du personnel, sont la responsabilité organisationnelle, la diminution de l'intention de partir et le sentiment de satisfaction dans le métier (Spirig et al., 2014).

Depuis l'introduction des SwissDRG, il existe un intérêt important pour les institutions, d'importer des programmes de réhabilitation rapide. En 2001, un programme nommé Fast-track a été décrit par les professeurs Willmore et Kehlet. Ce concept est né à Copenhague en 1995, lorsque l'auteur a prouvé que la vidange gastrique avant une chirurgie intestinale était inutile, et de ce fait, demander au patient de ne pas s'alimenter au moins huit heures avant une anesthésie générale n'avait plus de sens. La recommandation suffisante avant l'intervention serait de trois heures. Celui-ci a également démontré que la restriction d'aliments et de liquides après une intervention était une croyance infondée. Son but, est de réduire le stress chirurgical, de maintenir l'homéostasie et permet une diminution significative des complications postopératoires, ayant comme résultat une diminution de durée de séjour hospitalier et des coûts de la santé (Roulin, Blanc, Demartines & Hübner, 2014).

Suite à la mise en place des SwissDRG, l'intérêt de la mise en place dans les institutions du programme est d'autant plus important. Les institutions utilisant ce programme bénéficient de la

même rémunération pour une prestation semblable, mais avec une la diminution de la durée moyenne de séjour (Roulin et al., 2014)

En 2011, le CHUV accueille le protocole Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®), dans ses services de chirurgie se traduisant par réhabilitation améliorée après chirurgie. La chirurgie viscérale du CHUV a été le premier hôpital en Suisse à s'être associé à la Société d'ERAS® (Schoke, Künzli, Zehntner, Hübner & Breitenstein, 2013). Le protocole ERAS® qui a été développé par Henrik Kehlet, découle de la chirurgie "Fast-track". L'utilisation du terme ERAS® remplace l'appellation de Fast-track, mettant en valeur le but principal qui est d'améliorer la récupération postopératoire et non uniquement sa vitesse (Roulin et al., 2014). Dans la littérature, les termes ERAS® et Fast-track sont utilisés de manière interchangeable. Nous avons choisi de rédiger notre travail en citant Fast-track car il existe peu d'études de recherche comprenant le terme ERAS®.

Les prérequis pour la réussite du programme sont l'adhérence du patient et une équipe pluriprofessionnelle formée et dévouée à celui-ci (Hübner & Demartines, 2014). Ce programme est divisé en trois périodes à savoir, la période préopératoire, peropératoire et postopératoire. Chacune d'elles, comporte des recommandations pour le patient ou le soignant (HAS, 2014).

Une optimisation des soins durant la phase périopératoire ainsi qu'une diminution des complications s'est produite grâce à ce programme. Cependant, le retour à domicile précoce qui suit la chirurgie Fast-track requière de la part des patients de supporter le processus de réhabilitation postopératoire. Il a été identifié un besoin de soutien où les proches semblent y jouer un rôle important. (Norlyk, 2009)

La réhabilitation est bien plus qu'une "réparation physique", car celle-ci prend du temps et de l'énergie. Ceci se ressent davantage lorsque le patient se retrouve seul sans bénéficier du rôle des professionnels de la santé. Les proches, sont vus comme une ressource importante ainsi que des partenaires cruciaux pour les soignants et les patients en réhabilitation (Karlsson, Johansson & Lidell, 2006).

Un article démontre que ce programme, ne prend pas en considération les besoins individuels des patients. Les informations concernant le programme, seraient denses et demanderaient une grande implication de la part du patient. La préparation à la chirurgie serait générale et certains patients ne se sentiraient pas prêts à subir l'intervention ou à un retour à domicile par manque d'informations (Philp, Carter, Barnett, D'Abrew, Pather & White, 2015).

Il semblerait important de s'intéresser à cet aspect du programme en le détaillant grâce à une recension des écrits.

2.2 Question de recherche PICOT

En regard à cela nous avons décidé de rédiger notre question de recherche en nous aidant des **critères PICOT** :

P : Patients adultes ayant subi une chirurgie et le proche aidant

I : Programme Fast-track

C : Avant/après application du programme

O : processus de réhabilitation et vécu

T : après chirurgie

Nous sommes arrivées à la question de recherche suivante : *Quel est l'impact d'une chirurgie sous le programme Fast-track sur le vécu du patient et/ou de son proche aidant ?*

2.3 Définition des concepts

2.3.1 Programme Fast-track

En 1990 le professeur danois Henrik Kehlet a développé un programme de réhabilitation rapide après une chirurgie, intitulé « Fast-track ». Les buts de ce programme de soins sont de réduire la morbidité post-opératoire en réduisant au maximum les complications qui pourraient survenir avant, pendant et après l'opération ainsi qu'une reprise plus rapide des habilités fonctionnelles. Un des objectifs principaux de ce programme, est la diminution des coûts de santé en diminuant la durée de séjour et de convalescence (Slim, Le guen, Demartines & Rio 2012).

Durant la phase préopératoire, le patient reçoit les conseils préopératoires qui diffère des précédents par le fait d'une absence de jeûne prolongé, de préparation de l'intestin et de prémédication. Cependant une prophylaxie en antibiotiques et thrombotiques est appliquée.

Durant la phase peropératoire, le patient reçoit un agent anesthésique à courte durée d'action, une épidurale mi- thoracique, des anesthésiques et des analgésiques. Il n'est pas muni de drains, ce programme tente d'éviter une surcharge hydrosodée et se concentre sur le maintien de la température. Finalement, durant la phase postopératoire, le patient reçoit des analgésiques en épidurale au niveau mi- thoracique. Le patient n'est pas muni de sonde nasogastrique, il doit se nourrir par voie orale rapidement et tenter de prévenir les nausées et les vomissements. Le programme vise à éviter les surcharges hydrosodées, ne demande pas l'administration d'analgésiques opioïdes, prône une mobilisation rapide, la stimulation de la mobilité de l'intestin, la vérification de la compliance et des résultats et l'ablation précoce du cathéter (Melnik, Casey, Black & Koupparis, 2011).

Ce programme permet donc une prise en charge du patient en périopératoire afin de permettre une meilleure prise en charge du patient, une diminution de la durée de séjour, des complications périopératoires et des coûts de santé (Slim et al. 2012).

2.3.2 Proches aidants

Selon la Direction de la Santé et des Affaires Sociales (DSAS), un proche aidant, offre du soutien à une personne de son entourage souffrant d'une pathologie ou atteint dans son autonomie. La DSAS estime qu'une personne sur sept (14% de la population) reçoit une aide informelle de la part de proches. Ce sont fréquemment des conjoints et des enfants, parmi eux principalement des femmes, parfois des voisins ou amis. La DSAS est consciente que par leur engagement, ces personnes fournissent un travail essentiel pour la société (Direction de la santé et des affaires sociales, 2016).

Le fait de reconnaître les craintes des proches aidants, de les inclure dans le processus de soins de la personne opérée leur permettra d'acquérir le sentiment d'utilité auprès de leur proche opéré (Brunner et Suddarth, 2011).

2.3.3 Réhabilitation

La réhabilitation consiste à réduire les complications postopératoires, ainsi qu'à améliorer l'évolution fonctionnelle des personnes ayant subi une intervention chirurgicale de tout type. La réhabilitation a comme but principal de diminuer la durée de séjour de ces personnes ainsi que leurs conséquences économiques (Eledjam & Viel, 2006).

Certains éléments importants tels que l'information au patient et l'éducation sont des principes que nous retrouvons pour chacun des programmes de réhabilitation. Il est présent également l'équilibre hydrique périopératoire, l'optimisation de l'analgésie, la réalimentation précoce ainsi que la mobilisation rapide.

Les enjeux sont importants et différents selon les patients et les soignants. Pour les patients ces enjeux, consistent en l'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité de ces derniers alors que pour les soignants, il s'agit d'une collaboration avec une équipe interdisciplinaire et une meilleure coordination des soins (HAS, 2014).

2.3.4 Vécu du patient (y inclus la perception)

Lors d'une chirurgie, un patient peut être à la fois détendu ou alors au contraire ressentir des inquiétudes et du stress. Si la personne ressent des craintes, il faut les apaiser au mieux et lors de

l'intervention augmenter les doses d'anesthésiques. Cependant les complications post-opératoires telle que la douleur seront plus importantes.

Il faut soutenir au mieux le patient et lui montrer qu'il est protégé par les soignants. Lors de son réveil en phase post-opératoire, il faut informer le patient et sa famille de l'opération et de son devenir afin de diminuer leurs inquiétudes et répondre à leurs questions car même après une chirurgie qui s'est déroulée favorablement, le niveau d'anxiété du patient est élevé.

Le patient ressent de l'anxiété pendant les phases périopératoires, en effet celui-ci est entouré de divers facteurs influençant ce sentiment. Il peut être amplifié par la douleur, le fait d'être dans un environnement inhabituel, le sentiment d'impuissance, la peur des conséquences et des complications, la fatigue et la détresse spirituelle. L'infirmière doit donc s'appliquer à bien expliquer au patient ce qu'il doit faire, éviter et lui donner les informations nécessaires pour diminuer son anxiété.

L'état anxieux de la personne ne s'applique pas uniquement à la phase post-opératoire, c'est pour cela qu'une éducation thérapeutique en préopératoire peut aider les patients qui seraient angoissés de pouvoir comprendre avant l'intervention les enjeux ainsi que leur permettre d'éclaircir leurs doutes

Lors de l'éducation thérapeutique sur les soins à se procurer à domicile, le patient ainsi que ses proches doivent comprendre au mieux les explications des soignants, car une incompréhension causerait à nouveau des inquiétudes. Les soignants se voient désormais de plus en plus contraint à offrir davantage ses éducations avec moins de temps à disposition (Brunner et Suddarth, 2011).

2.4 Cadre de recherche : Modèle de l'auto-soin selon D. Orem

Pour ce travail, nous avons décidé de choisir la théorie à large spectre de l'auto-soin selon Dorothea Elizabeth Orem, afin de guider l'analyse de nos résultats. Sa théorie a été élaborée autour du concept « d'auto-soin » qui selon l'auteur est une : « Production d'actions délibérées que les personnes initient et accomplissent dans l'intérêt du maintien de leur vie, de leur santé, de leur développement personnel et de leur bien-être. » (Page & Ricard, 1996).

Cette théorie semble adaptée à notre problématique, en effet lorsqu'une personne accepte de subir une chirurgie sous le programme Fast-track, la personne est capable de s'auto-prodiguer les soins nécessaires durant toute la phase périopératoire. De plus, la théorie nous permet de comprendre davantage les répercussions du programme sur le vécu des patients et des proches.

Pour finir, le concept d'auto-soin est un élément que l'on retrouve dans notre travail. En effet, les patients sous le programme Fast-track ayant une durée de séjour plus restreinte sont contraint à se prodiguer des soins eux-mêmes ou par un tiers durant l'hospitalisation et lors du retour à domicile. Les patients doivent adhérer au programme pour la réussite de celui-ci. L'auto-soin est percevable à

chaque étape du Fast-track. Les quatre métaparadigmes énoncés par Orem sont présents dans notre travail :

2.4.1 La personne

« La personne est un tout unique qui fonctionne biologiquement, symboliquement et socialement. C'est une unité qui possède les *capacités, les aptitudes et le pouvoir* de s'engager dans des auto-soins et de les accomplir. Les capacités de la personne à procéder à l'auto-soin peuvent varier, entre autres, selon l'âge, l'expérience de vie, la condition de la santé, les caractéristiques socioculturelles et les ressources accessibles. » (Orem 1991 dans Pépin, Kérouac & Ducharme, 2010).

La personne est une composante très importante dans notre travail. En effet, c'est autour d'elle et pour elle qu'est conçu le programme Fast-track. Les patients adultes subissant la chirurgie ainsi que ses proches représentent le métaparadigme de la personne qui sont également la population que nous avons choisi d'étudier. Les patients détiennent les capacités cognitives leur permettant de s'auto-procurer des soins de manière autonome. Si cela n'était pas le cas, ils sont entourés afin que des membres de leur famille ou amis puissent les guider ou les substituer. La personne étant motivée à subir une chirurgie sous le programme Fast-track, s'engage à l'auto-soin durant toute la phase périopératoire.

2.4.2 L'environnement

L'environnement est représenté selon Orem comme : « L'ensemble des facteurs externes qui influent sur la décision de la personne d'entreprendre des auto-soins ou sur sa capacité à les exercer. Il s'agit également d'une partie intégrante de la personne. » (Orem 1991 dans Pépin, et al., 2010). Nous pouvons considérer comme faisant partie de l'environnement le programme Fast-track. Dans notre travail, l'environnement joue un rôle de facteur de conditionnement influant la capacité d'auto-soin, le vécu des proches et des patients.

La théoricienne décrit les facteurs pouvant avoir un impact sur l'environnement de la personne et les nomme *facteurs de conditionnement* qui sont définis comme « facteurs qui conditionnent ou affectent la valeur de l'exigence d'auto-soin thérapeutique et/ou de la capacité (*agence*) d'auto-soin chez une personne à des moments particuliers et sous des circonstances spécifiques. » (Berbiglia & Banfield 2010 dans Alligood & Tomey, 2010). Dix facteurs sont identifiés : L'âge, le sexe, l'état de développement lié à l'âge et au sexe, l'état de santé, le mode (pattern) de vie, les éléments du système de santé, les éléments du système familial, les facteurs socioculturels, la disponibilité des ressources et les facteurs environnementaux extérieurs.

Le facteur de conditionnement commun à toute notre population cible est le programme Fast-track qui est un « élément du système de santé ». La réhabilitation rapide, la sortie précoce de l'hôpital et le besoin de poursuivre certains soins sont des facteurs qui influent sur la personne et la capacité d'entreprendre des auto-soins. L'environnement sera étudié dans ce travail afin de comprendre ce qui influence le vécu du patient et de ses proches. Il est important en tant que soignant de prendre en compte les facteurs de conditionnement ayant un impact sur la capacité d'auto-soin.

2.4.3 Santé

En ce qui concerne la santé, Orem la décrit comme : « L'état d'intégrité des parties du système biologique et des modes de fonctionnement biologique, symbolique et social de l'être humain. » (Orem 1991 dans Pépin, et al., 2010)

Le métaparadigme de la santé est représenté, car en post-opératoire une amélioration de l'état de santé est visée. L'état de santé du patient, amène ce dernier à être vulnérable, tel qu'il est nommé par Norlyk & Harder (2009), celui-ci à l'annonce d'un diagnostic tel que cancer colorectal n'a aucune influence sur son état de santé. Le programme permet alors d'apporter une certaine confiance et sécurité dans cette pénible situation que vit le patient mais implique cependant une lutte et des sentiments d'ambivalence. Le patient devra également coopérer avec le soignant et être actif pour parvenir au but.

2.4.4 Soins

Finalement, Orem définit les soins infirmiers comme : « Un service spécialisé qui se distingue des autres services de santé en ce qu'ils sont centrés sur les personnes ayant des incapacités relativement à l'exercice d'auto-soins [...] Son rôle consiste à amener la personne à adopter une attitude responsable au regard de ses auto-soins selon cinq modes d'assistances : agir, guider, soutenir, créer un environnement favorisant le développement de la personne et enseigner. Pour ce faire, l'infirmière choisit un système d'intervention totalement compensatoire, partiellement compensatoire ou lié à des activités d'éducation ou de développement selon la capacité et la volonté de la personne. » (Orem 2001 dans Pépin, et al., 2010). Dans le contexte de notre problématique, les soins infirmiers sont un aspect important. En effet ces derniers sont de durées plus restreintes car la réhabilitation est rapide. L'infirmière agit en prodiguant les soins nécessaires au patient durant toute la phase périopératoire. Dépendamment de la phases opératoire, l'infirmière peut agir selon trois systèmes de soins : système totalement compensatoire, système partiellement compensatoire ou système de soutien-éducation. Pendant les phases du programme, l'infirmière guide celui-ci vers une meilleure prise en charge de sa santé à travers l'information, les conseils et l'enseignement thérapeutique. Cette dernière peut être

substitut lorsque le patient est en déficit et que le proche ne peut pas prendre le relais. Elle s'assure qu'il a toutes les ressources pour parvenir à un auto-soin de qualité avant son retour à domicile.

Le rôle de l'infirmier dans cette théorie est sous le concept « Capacité des soins infirmiers (*nursing agency*) ». Selon Orem (2001), les capacités de soins infirmiers sont des « ... capacités développées chez des personnes formées comme infirmières et qui les autonomisent (*empower*) pour se représenter comme infirmières et ce, à l'intérieur d'un cadre de relations interpersonnelles légitimes pour agir, connaître et aider les personnes. Au moyen de ces relations, elles répondent aux exigences d'auto-soin thérapeutiques de ces personnes et elles régulent le développement ou l'exercice de leur capacité (*agency*) d'auto-soin. ». En résumé, l'infirmière est indépendante dans son rôle. Quant au rôle Fast-track, à travers la relation avec le patient en périopératoire, l'infirmier-ère s'assure que le patient répond aux exigences demandées par le programme Fast-track et que les auto-soins avant le retour à domicile sont acquis. Le soignant régule son système de soins selon les difficultés à l'exécution d'auto-soin du patient.

2.4.5 Concepts spécifiques de la théorie d'Orem

Afin de permettre la compréhension de la synthèse des résultats, il est important de définir les principaux concepts de la théorie de D. Orem sur l'auto-soin qui sont illustrés ci-dessous par un schéma.

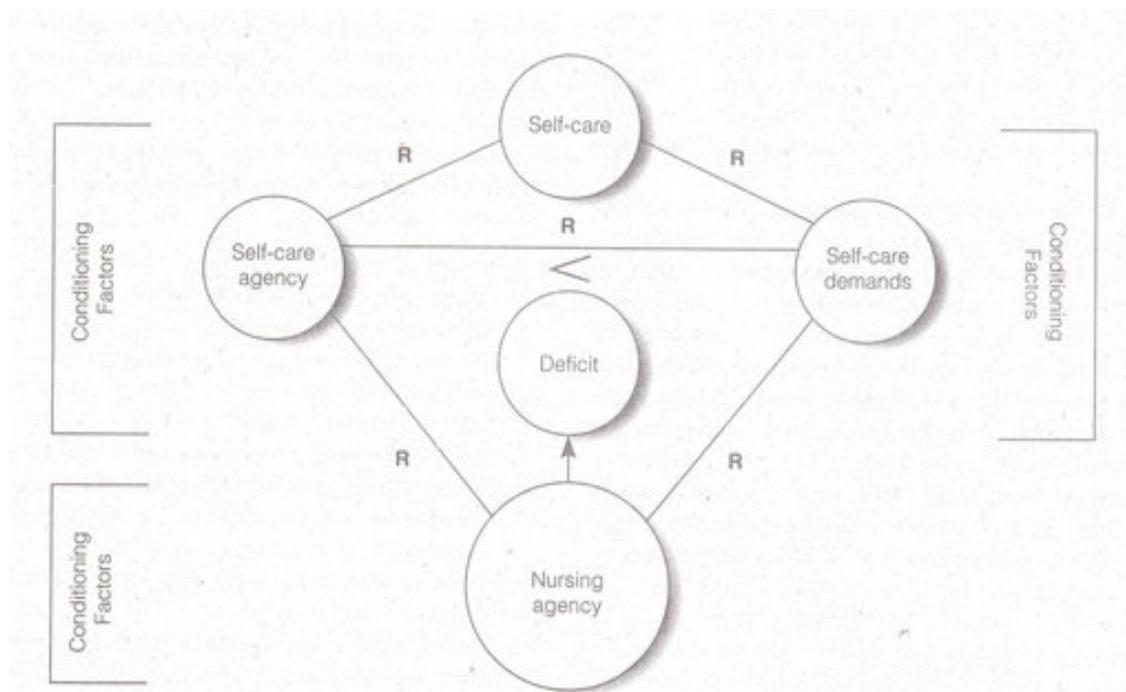


Figure 1 : Tiré de Taylor & Renpenning, 2011, p.6

Les proches sont une variable importante dans notre travail Bachelor et il est important de l'illustrer grâce à la théorie. Le soin prodigué par le proche s'intitule selon Orem « Dependent care » qui se définit comme « Soins qui est fourni à une personne qui, à cause de son âge ou des facteurs y étant reliés, est incapable d'effectuer l'auto-soin nécessaire pour se maintenir en vie, un fonctionnement en santé, la poursuite de son développement personnel et son bien-être. » (Berbiglia, et al., 2010). Le « Dependent-care » se situe dans le schéma dans l'item « Self-care ».

Le proche est selon Orem nommé agent de soins dépendant (Dependent-care agent). L'auteur de la théorie d'auto-soins définit ce dernier comme : « Un adolescent ou un adulte mature qui accepte et remplit la responsabilité de connaître et répondre à l'exigence (*demand*) d'auto-soin thérapeutique d'une ou autres personne(s) qui est ou sont socialement dépendante(s) de lui ou d'ajuster le développement ou l'exercice de la capacité d'auto-soin de cette ou ces personne(s) » (Orem, 2001). Si nous mettons en lien les définitions autour du proche avec notre travail de Bachelor, ce dernier est un soutien pour le patient et est présent tout au long du programme et peut agir en tant que substitut en post-opératoire, s'il y a un éventuel manque de capacités.

Selon Taylor et al. (2011), ces derniers ont trois tâches principales qu'ils peuvent s'attendre à effectuer : Les tâches reliées aux autres, les tâches reliées à la situation de soin et finalement les tâches reliées au système de soin. Chaque tâche décrite ci-dessus est divisée en tâches spécifiques :

Tâches	Tâches spécifiques
Tâches reliées aux autres	Connaître et déterminer les exigences thérapeutiques de l'autre. Contribuer au développement de la capacité d'auto-soin de l'autre. Réguler l'exercice de la capacité d'auto-soin de l'autre. Répondre aux variations dans l'exercice de la capacité d'auto-soin de l'autre. Connaître les exigences thérapeutiques de l'autre. Systématiser les actions du soin dépendant et de l'auto-soin dans des systèmes vivants plus larges telle que la famille
Tâches reliées à la situation de soin	Déterminer les paramètres dans lesquels le soin est prévu. Manager/modifier l'environnement. Coopérer avec les autres participants.
Tâches reliées au système de soin	Maintenir la stabilité du système du soin dépendant incluant la validation des actions du soin dépendant et du système. Communiquer avec les autres soignants.

La nécessité d'auto-soin peut être de trois types : « Nécessités d'auto-soin universelles », « Nécessités d'auto-soin développementales » et le dernier est « Nécessités d'auto-soin reliées à l'altération de la santé » (Pépin, et al., 2010). En ce qui concerne le type de nécessité d'auto-soin pour notre population cible, ce sont les « Nécessités d'auto-soin reliées à l'altération de la santé ». Ces derniers sont admis en chirurgie sous le programme Fast-track pour maintenir ou améliorer leur état de santé qui impose des exigences d'auto-soin thérapeutiques.

La performance d'auto-soin du patient ou du proche est influencée par leurs capacités et les exigences demandées. « La complexité du système d'auto-soin ou du soin dépendant est augmentée par le nombre de nécessités d'auto-soin reliées à l'altération de la santé qui doivent être satisfaites dans un temps déterminé » (Berbiglia, et al. 2010 dans Alligood et al., 2010). Pour le programme Fast-track, la complexité est présente car les nécessités d'auto-soin doivent être pour la plupart acquises avant le retour à domicile et l'hospitalisation est de courte durée.

Les exigences d'auto-soin thérapeutiques (*therapeutic self-care demand*) sont un concept présent dans le schéma de la théorie. Ces exigences se définissent comme « la somme des mesures de soins qui sont nécessaires à un moment spécifique ou pendant un certain temps pour répondre à toutes les nécessités d'auto-soin connues chez la personne. » (Orem, 2001). Pour notre problématique, l'exigence d'auto-soin est la réhabilitation rapide après chirurgie.

La capacité (*agency*) est une « habileté acquise complexe qui permet de se développer » (Orem, 2001). Afin de répondre aux exigences d'auto-soin thérapeutiques, l'agent possède les capacités d'auto-soin (Self-care Agency). La capacité d'auto-soin se définit comme une « Capacité complexe et acquise d'agir qui s'exerce par l'exécution des actions et des opérations d'auto-soin. » (Page & Ricard, 1996).

La capacité d'auto-soin se divise, selon Orem (2001) en 10 composantes :

1. L'habileté à maintenir son attention et à exercer la vigilance requise en se respectant comme agent d'auto-soin et en respectant les conditions internes et externes ainsi que les facteurs significatifs entourant l'auto-soin.
2. Un usage contrôlé de l'énergie physique disponible qui est suffisante pour initier et continuer les opérations d'auto-soin.
3. L'habileté à contrôler la position de son corps et de ses parties lors de l'exécution des mouvements requis pour initier et exécuter les opérations d'auto-soin.
4. L'habileté à raisonner à l'intérieur du cadre de référence de l'auto-soin.

5. La motivation (i.e., une orientation vers des buts concernant l'auto-soin qui soit en accord avec ses caractéristiques et le sens donné à sa vie, sa santé et son bien-être).
6. L'habileté à prendre des décisions quant au soin de soi et à opérationnaliser ces décisions.
7. L'habileté à acquérir des connaissances techniques relatives à l'auto-soin de la part de sources dignes de foi, de les retenir et de les opérationnaliser.
8. Un répertoire de compétences interpersonnelles, perceptuelles, cognitives, de communication et de manipulation, adaptées à l'exécution des opérations d'auto-soin.
9. L'habileté à classer les actions individuelles d'auto-soin ou les systèmes d'action en fonction des actions antérieures et subséquentes et ce, vers la réalisation finale des buts de la régulation de l'auto-soin.
10. L'habileté à effectuer des opérations d'auto-soin de façon conforme, en les intégrant aux aspects pertinents de sa vie personnelle, familiale et communautaire.

Concernant notre travail de Bachelor, les capacités d'auto-soin sont celles qui sont nécessaires afin de suivre les recommandations du programme Fast-track.

Le déficit d'auto-soin est la « relation entre les exigences (*demands*) d'auto-soin thérapeutiques des personnes et leur capacité (*agency*) d'auto-soin. » (Orem, 2001). Dans le contexte de notre problématique, les patients pourraient être capables d'auto-soin mais dû aux facteurs de conditionnement, ceux-ci pourraient rencontrer des difficultés à atteindre les exigences imposées par le programme.

Pour finir, le dernier concept important à développer est « Nécessités d'auto-soin (*self-care requisites*) » qui se définit par l'auteur (Orem, 2001) : « ... les actions à réaliser, qui sont connues ou présumées nécessaires, pour la régulation d'un ou des aspect(s) du développement et du fonctionnement humain et ce, continuellement ou sous des conditions et des circonstances spécifiées ». Autrement dit, les nécessités d'auto-soin sont les actions nécessaires à l'auto-soin qui tendent au but fixé qui est dans notre travail, la réhabilitation rapide.

Trois catégories représentent les nécessités d'auto-soin : « Nécessités d'auto-soin universelles (*universal self-care requisites*) » ; « Nécessités d'auto-soin développementales (*developmental self-care requisites*) » et « Nécessités d'auto-soin reliées à l'altération de la santé (*health deviation self-care requisites*) ». Quant à notre travail, cela fait référence aux recommandations du programme Fast-track qui se trouve être la catégorie « Nécessités d'auto-soin reliées à l'altération de la santé (*health deviation self-care requisites*) ».

Ces nécessités existent « ... pour les personnes qui sont malades ou blessées, qui ont des formes spécifiques de désordres pathologiques, incluant les déficiences (*defects*) et les handicaps

(*disabilities*), et qui font l'objet de diagnostics et de traitements médicaux » (Berbiglia et al. 2010 dans Alligood et al., 2010). Quant à notre population cible, ce sont des patients subissant une chirurgie répondant aux exigences thérapeutiques par différentes stratégies

En phase préopératoire la personne ne nécessite plus d'être à jeun, ni de préparation de l'intestin avant la chirurgie. Les patients bénéficient d'un soutien métabolique et nutritionnel et de l'éducation thérapeutique. En postopératoire les stratégies sont la gestion de la douleur, la mobilisation l'hydratation et la nutrition précoce (Basse, Thorbol, Lossl & Kehlet, 2004).

3.METHODOLOGIE/STRATEGIE DE RECHERCHE

3.1 Stratégie de recherche documentaire

Pour notre recherche documentaire, nous avons utilisé deux bases de données différentes à savoir, CINAHL par le biais du moteur de recherche Ovid et Medline par le biais du moteur de recherche PubMed. La base de données CINAHL nous paraît un choix pertinent, en effet cette base de données est spécifique à notre discipline qui est : "les soins infirmiers." De plus, Medline nous semble adéquat pour notre sujet de travail de Bachelor car celui-ci propose de la littérature en rapport avec la médecine, les sciences biologiques et biomédicales qui comporte certains liens avec notre sujet de recherche. Nous avons également fait appel à la technique du "Cross Referencing", qui signifie qu'en plus des recherches sur les deux bases de données, nous avons grâce aux références bibliographiques de certains articles, trouver d'autres sources à notre travail.

Dans le but de répondre à notre question de recherche, nous avons défini des « Subject Headings » que nous avons ensuite entré dans la base de données CINAHL. Dans le même but, nous avons défini des « MeSH terms » qui ont été placés dans la base de données Medline. L'utilisation d'opérateur booléens tels que « NOT » ; « AND » ; « OR » ont permis d'orienter les résultats de recherche. Les mots clés que nous avons utilisés dans les deux bases de données, sont les suivants : « adult ; adulthood ; nursing ; nursing interventions ; nursing care ; nursing protocols ; perioperative ; postoperative complications ; hospital stay ; discharge ; patient relatives ; family caregivers ; significant others ; Fast-track. Ces mots-clés ont été choisis à partir des concepts de la problématique : « patients adultes, ; interventions infirmières ; périopératoire ; complications postopératoires ; séjour hospitalier ; réhabilitation ; proche aidant et programme » puis nous avons les avons traduits en anglais. Ces mots-clés nous ont permis d'obtenir des équations de recherche qui nous ont amené à trouver en partie nos articles scientifiques.

Nos recherches n'ont pas abouti au nombre d'articles nécessaires, c'est pourquoi nous avons complété notre recherche par « cross referencing » et ainsi nous avons obtenu nos six articles de recherche.

3.2 Critères d'inclusion et d'exclusion

3.2.1 Critères d'inclusion

- études ou articles publiés durant les 10 dernières années, 2005 ou plus tard. É
- études ou articles qui incluent les patients adultes ayant subi une chirurgie sous le programme ERAS®/Fast-track É
- études ou articles qui incluent les interventions dans les phases périopératoires É
- études ou articles étant en français, anglais, espagnol, italien ou portugais. É

3.2.2 Critères d'exclusion

- articles type revue systématique A
- études ou articles non per-review (ASI, journaux) É
- études ou articles n'étant pas pertinents aux soins infirmiers É

4. PRESENTATION DES RESULTATS

4.1 Présentation tabulaire des résultats

Auteurs : (Bottcher, Berthelsen et al., 2014), Danemark

But de l'étude	Participants	Devis et méthode de collecte de données	Résultats
<p>Elabore une théorie à large spectre sur les <i>patterns</i> des proches par rapport au comportement des patients âgés sous le programme</p>	<p>N total = 7 proches N observations = 14 N entretiens post-observationnels (3 à 6 minutes) = 14 N entretiens = 5 (40 à 14 min, diminution du temps au fur et à mesure de la saturation des catégories)</p>	<p>Théorisation ancrée La collecte des données était guidée par l'échantillonnage théorique pour développer par la suite les concepts découverts. Théorie de Glaser utilisée 14 Observations sur le terrain : Observation des proches/patients/professionnels de la santé durant des</p>	<p>La catégorie « Maintenir une unité » émerge dans l'analyse comme le pattern d'un comportement par lequel les proches résolvent leur principale préoccupation : prévention de sentiment de solitude chez les patients à travers trois comportements interchangeables, interconnectés et changeables à tout temps. La théorie de <i>Maintaining unity</i> contient trois modes de comportements interchangeables : <i>mode protecteur</i>, <i>mode de substitution</i>, <i>mode d'adaptation</i> Mode protecteur : les proches préservent les valeurs des patients en <i>aimant, respectant, et en s'inquiétant</i> à travers un soutien émotionnel durant le programme Fast-track. Amour : Le déterminant clé pour la présence des proches et était caractérisé à travers la perspective d'un être humain. Les proches décrivent leur présence comme naturelle, non stressante et sans sacrifice. Être le témoin de la douleur du patient était parfois accablant pour les proches voulant montré leur compassion et offrir le confort physique. Respect : caractérisé comme la base comportementale pour les proches durant leur participation à la chirurgie Fast-track. Les proches restaient dans le décor et laissaient les patients prendre leurs décisions. Il était également important pour les proches que les professionnels maintiennent leur focus sur</p>

<p>Fast-track pour un remplacement total de la hanche ou du genou.</p>	<p>7 proches (<i>deux fils, deux maris, une femme, une fille et une nièce qui ont entre 40 et 60 ans</i>) de patients entre 70 et 94 ans, subissant un remplacement total d'une articulation sous le programme Fast-track.</p> <p>Les participants à l'étude ont été recrutés au service de consultations ambulatoires en unité</p>	<p>rendez-vous agencés.</p> <p>- 2 Conversations de 3 à 6 min avec les 7 proches : le but était de rapporter le vécu des proches avec les patients et les professionnels de la santé et les concepts qui ont émergé grâce aux observations. Enregistré et retranscrits textuellement.</p> <p>- Entretiens avec 5 des proches 2 semaines après la sortie de l'hôpital (2 ont refusé): Pour les interviews, un</p>	<p>le patient lors des transmissions d'information. Les occasions de participation des proches dans les discussions, montraient leur préoccupation bien qu'ils laissaient la décision finale au patient en soutenant son indépendance.</p> <p>Inquiétude : caractérisé par les préoccupations sincères des proches sur le bien être des patients âgés. Les proches s'inquiétaient sur plusieurs aspects de la situation du patient spécialement les aspects pratiques lors de la sortie de l'hôpital. Les proches se sentaient responsables d'assurer leur routine jusqu'à ce que leur état soit stable. Ils souhaitaient que les patients soient actifs dans leur participation mais acceptaient qu'ils soient parfois confus. A ce moment les proches ressentaient le besoin d'écouter et de retenir des informations sur le programme Fast-track.</p> <p>Mode de substitution : Les proches démontrent leur présence en tentant à ce que le vécu des patients âgés concernant le programme et leurs vies paraisse plus facile. Ils assument des responsabilités pour le bien-être des patients et se sentent responsables de les soutenir durant tout le programme en compensant un éventuel manque de capacités.</p> <p>ubstitution pratique : caractérisé par le soutien pratique durant et après le programme Fast-track. Avant l'entrée à l'hôpital, il s'agit de motiver le patient à accepter la chirurgie. Pendant le programme, ils soutiennent le patient en surveillant la prise de médicaments ou leur réhabilitation. S'il y a une éventuelle péjoration dans l'état de santé ils s'engagent à communiquer avec les soignants.</p>
--	---	--	--

	<p>d'orthopédie dans deux hôpitaux universitaires danois après le rendez-vous de pré-admission des patients.</p> <p>Un échantillonnage théorique a été utilisé afin d'inclure des participants qui étaient susceptibles d'ajouter du savoir aux concepts théoriques à la théorie ancrée.</p>	<p>guide était utilisé afin de maintenir un focus sur les questions. Au fur et à mesure que les concepts émergeaient, ils interviews étaient guidées afin de saturer et ajuster ces concepts.</p> <p>Des notes étaient prises au cours de l'étude afin d'induire de nouvelles idées. Quand il y avait l'essentiel d'une catégorie, les notes étaient triées et écrites selon la théorie à large spectre de Glaser</p>	<p>ubstitution cognitive : caractérisé par les efforts des proches à soutenir la mémoire des patients afin de respecter leurs rendez-vous médicaux et paramédicaux.</p> <p>Mode d'adaptation : Le comportement des proches avec les professionnels de la santé est décrit avec les mots : Accepter, assister et ajuster. Les proches s'efforcent de s'adapter à l'unité de l'hôpital, essayent d'être en harmonie avec les exigences des professionnels de la santé afin d'être capables d'être présent et ainsi pouvoir prévenir un sentiment de solitude.</p> <p>cepter : caractérisé par l'évaluation des proches du programme Fast-track et des professionnels de la santé.</p> <p>juster : caractérisé par la volonté des proches à adapter les règles de l'unité de l'hôpital, notamment les heures de visite jugées strictes.</p> <p>ssister : caractérisé par le comportement des proches à prendre le rôle de l'infirmière afin de diminuer la charge de travail des professionnels de la santé certain que le patient était bien pris en charge.</p> <p>Maintenir l'unité émerge dans l'analyse comme la catégorie centrale et le pattern comportemental avec lequel les proches résolvent leur principale préoccupation : ils préviennent le sentiment de solitude chez les patients âgés en les soutenant par des soins émotionnels, pratiques et cognitifs sans avoir le</p>
--	--	---	--

		(Glaser, 2001).	sentiment d'être un fardeau. Les proches s'adaptent aux besoins des patients et des règles posées par les professionnels de la santé à avoir durant le programme.
--	--	-----------------	---

Auteurs : (Norlyk et al., 2011), Danemark

But	Participants	Devis et méthode de collecte de données	Résultats sur les Outcomes
<p>Explorer le vécu des patients atteint de cancer et ayant subi une chirurgie du côlon, concernait la participation à un programme Fast-track après la sortie de l'hôpital.</p>	<p>N total = 16 patients</p> <p>Critères d'inclusion : Patients avec cancer et ayant subi une résection du côlon sans colostomie, ont suivi le schéma thérapeutique quotidien du programme Fast-track durant l'hospitalisation et étaient capables de répondre aux questions.</p>	<p>Etude qualitative phénoménologique</p> <p>Des données ont été collectées par Norlyk A. en 2007 afin d'obtenir des expressions sur le vécu des patients.</p> <p>Une infirmière de l'unité de l'hôpital informait les participants potentiels verbalement et leur fournissait une lettre avec des informations.</p>	<p>Les données ont été catégorisées en 7 thèmes</p> <p>La vulnérabilité liée à la maladie : La maladie et la menace éventuelle à leur existence rendaient les patients vulnérables en participant au programme Fast-track. Condition postopératoire : décrite comme être hors de soi, associée à de l'incertitude, pour les patients plus ou moins <i>dépendants</i> de ses proches pour fournir un cadre confortable pour la récupération à domicile.</p> <p>La condition post-opératoire et l'état général pourraient amener à un <i>sentiment d'incapacité</i>. Le sentiment <i>d'insécurité</i> et de <i>vulnérabilité</i> pourrait également affecter la relation avec les proches et entre les participants, et donner naissance à un sentiment de <i>culpabilité</i>. La vulnérabilité et la culpabilité ressenties s'effaçaient au même temps que le patient se réconciliait avec sa nouvelle condition de vie. Malgré un progrès considérable, ils gardaient leur sentiment d'insécurité et de vulnérabilité</p> <p>'attention vers les réactions corporelles : Le programme Fast-track impose une réflexion sur les signaux corporels et d'y faire face. Durant l'hospitalisation, les patients devaient plutôt ignorer ces signaux et réaction et plutôt suivre le schéma thérapeutique. Une fois à domicile, ils tournaient leur attention sur les réactions corporelles et devaient leur donner un sens.</p>

	<p>Caractéristique des participants : Etendu d'âge entre 57 et 77ans. 8 patients sont sortis de l'hôpital deux jours post-chirurgicaux, 5 sortis après 3 jours et 3 patients après 4 et 5 jours. Tous les patients ont reçu des informations écrites et verbales à la sortie, à propos de la douleur, la mobilisation et la nutrition.</p>	<p>ntretiens individuels avec les patients, en utilisant des questions ouvertes avec un focus sur le phénomène. ntretiens 2 semaines et 2 mois après leur sortie éroulement de l'entretien au domicile du patient à l'exception d'un patient (dans le bureau de l'auteur). l était demandé aux patients leur conception d'être à la maison après la sortie et comment</p>	<p>a capacité de trouver des explications était importante et impliquait un processus de réflexion sur quand il fallait prendre des responsabilités et quand ils avaient atteint leurs limites. L'inconfort corporel menait à une augmentation d'insécurité, du scepticisme et des sentiments de doutes : impasse pour les proches et les patients les laissant avec un sentiment d'incapacité. Les réflexions sur les réactions corporelles sont basées l'intuition des patients et/ou sur les informations données par les professionnels. e dilemme de suivre un régime ou les besoins corporels : L'inconfort post-opératoire créait un conflit entre l'activité et le sentiment de résistance corporelle des participants nécessitant du repos. Dû aux symptômes tels que la fatigue, nausées et la douleur, les patients vivaient la situation comme une lutte afin de surmonter ce dilemme. Une tension apparaîtrait quand le patient est submergé par la fatigue et celui-ci n'écoute pas ses besoins corporels. Les patients ressentait un sentiment de satisfaction et succès en suivant les recommandations et se donner ainsi le droit de se reposer après. juster les recommandations de la vie quotidienne : Les patients, une fois à domicile, ont dû adapter leur vie quotidienne en fonction des recommandations des professionnels. (Activité physique, régime alimentaire, contrôle de la douleur). Les participants utilisaient leurs compréhensions pour ajuster les recommandations et par</p>
--	---	--	--

	<p>patients ont subi une intervention radicale</p> <p>ont reçu une chimiothérapie après la chirurgie.</p> <p>vivait seul et 15 en couples.</p> <p>Aucun patient n'a reçu des soins à domicile.</p>	<p>ils vivaient la période de rétablissement.</p> <p>entretiens enregistrés et retranscrits textuellement.</p> <p>es résultats ont été analysés et catégorisés.</p> <p>'analyse était caractérisée par un mouvement de raisonnement entre les textes des interviews et les significations des patterns émergents.</p>	<p>la suite légitimer le manque de compliance.</p> <p>ésir de retourner dans la vie de tous les jours : Les participants doivent considérer leurs limites corporelles ce qui entraîne une réflexion continue en ce qui concerne une certaine réorganisation de la routine. La période de restrictions corporelles concernant les activités au quotidien était frustrante pour les participants. Le fait de reprendre leur routine était un signe de succès. Dilemme entre l'inconfort corporel et l'envie de retrouver la routine.</p> <p>es moments de repos : La participation au programme Fast-track requiert beaucoup d'énergie et de force. Les activités telles que la découverte de la nature, le tabac ou encore les prières permettraient de leur donner du courage et de la force.</p> <p>nteractions avec les proches : Apport d'un cadre de sécurité et d'aide qui leur ont permis de quitter l'hôpital. Les proches étaient à la fois des substituts pour les participants lorsqu'ils manquaient d'énergie, et leurs mettaient également de la pression si ceux-ci ne respectaient pas les directives.</p>
--	--	---	---

	<p>arliaient le danois. apables de répondre aux questions. N femmes = 9 N hommes =3 Moyenne d'âge = 45 à 75 ans 10 = époux- ses 2 = filles des patients ne vivant pas avec les patients. Les proches sont issus de milieux très différents.</p>	<p>Il leur était demandé comment ils avaient vécu l'expérience de la période post-opératoire. Au 1^{er} rendez-vous des questions ouvertes étaient posées puis au 2^{ème} interview, l'auteur leur demandait d'élaborer et de clarifier les descriptions et les commentaires de leur 1^{ère} interview. Interviews menées par enregistrement audio et retranscrit par le même chercheur.</p>	<p>ressentir de l'incertitude sur quoi ils étaient supposés être responsables. Anxiété de soutenir les patients et frustration s'ils n'avaient pas les ressources requises. Rôle vécu difficilement s'ils manquaient d'informations, s'ils n'avaient pas obtenu l'appel promis, et ils avaient l'impression d'avoir été laissé seul. Il était important pour les proches de maintenir les rendez-vous du programme avec les professionnels, qui contribuaient à un sentiment d'être considéré sérieusement. Ce rôle de bras tendus des professionnels était <i>conflictuel</i> car les patients et les proches n'étaient pas toujours d'accord sur l'interprétation des recommandations données par les professionnels. Les patients n'acceptaient pas toujours les conseils des proches.</p> <p>Vigilance dirigée vers le rétablissement physique du patient : Après la sortie, les proches étaient en vigilance constante car ils étaient anxieux de ne pas identifier des signes potentiels de détérioration, ils supervisaient l'état physique du patient. Le patient n'était jamais seul et ils ont dû faire preuve de courage et d'autodiscipline pour contrôler leur anxiété et comprendre que le patient pouvait survivre sans une constante supervision. La supervision du patient a pris place à différents niveaux, par un dialogue ouvert et par des observations secrètes.</p> <p>Les proches ressentaient que les patients ne souhaitaient pas toujours le même niveau d'implication qu'eux-mêmes ont jugé nécessaire. Ces derniers balançaient entre leurs besoins de contrôle et le respect de l'autonomie du patient. L'évaluation du proche sur l'état physique du patient a déterminé l'ampleur et le degré de supervision.</p> <p>L'organisation d'un environnement de guérison : Les proches prenaient grand soin à organiser la routine des patients, afin d'optimiser un environnement de guérison tout en</p>
--	---	--	---

	<p>4 d'entre eux étaient retraités, 7 travaillaient et un était en congé maladie.</p>		<p>respectant les recommandations thérapeutiques, les besoins du patient et les conditions de la maison. Pour cela, les proches utilisaient les informations reçues à l'hôpital.</p> <p>Etre capable de suivre le programme était perçu comme positif de guérison et menait à des sentiments de succès. Les proches étaient inquiets quand le patient n'adhérait pas au schéma thérapeutique. Ils ont entrepris divers rôles : celui de responsable qui encourage le patient à suivre les recommandations et celui de « légitimant » qui reconnaissait les recommandations nécessaires à prendre en compte. Les proches ressentaient du désespoir lorsqu'ils n'avaient pas les ressources, ils devenaient alors des <i>observateurs</i> de la souffrance du patient, se sentaient <i>impuissants et frustrés</i>.</p> <p>Pression existentielle : Les proches ont vécu une augmentation de l'insécurité existentielle. La mort a été ressentie fortement en raison du diagnostic du patient. Les proches étaient inquiets des chances de survie et avaient de la difficulté à en parler.</p> <p>ans le cadre de cette pression existentielle, les proches ont connu un sentiment de responsabilité d'être le partenaire du patient. Ils avaient l'envie d'aider le patient à maintenir une attitude positive envers la vie et céder aux sentiments de désespoir et de dépression. Sentiment de ne pas avoir assez de force pour soutenir suffisamment le patient pourrait donner naissance à des sentiments de reproche. Les proches se sentaient vulnérables et fragiles et sentaient qu'au même temps qu'il leur était demandé un rôle de soutien. Les informations des professionnels ont joué une part centrale pour le processus de récupération afin de susciter l'espoir, mais aussi donner lieu à de l'anxiété.</p>
--	---	--	--

Auteurs : (Jorgensen et al., 2016), Danemark et Suède			
But de l'étude	Participants	Devis et méthode de collecte de données	Résultats
Générer une théorie conceptuelle et expliquant les processus comportementaux, afin d'identifier les types de coping prédominants.	N total = 14 patients N femmes = 8 N hommes = 6 Caractéristiques des participants : Tous les participants subissant une opération sous le programme Fast-track d'une arthroplastie	Théorisation ancrée Suivi la méthode de Glaser Patients étaient recrutés dans une clinique ambulatoire. Les données ont été récoltées à l'hôpital. La base de données a permis d'avoir des données pré planifiées pour avoir les informations sur les dimensions	4 types de coping ont été identifiés Le dépassement des limites de leur capacité : Le résultat principal était d'éviter de se conformer aux attentes. Les patients ayant ce coping ont dépassé les limites de leurs capacités à travers un surplus d'exercices sans trouver un équilibre avec le repos. Les patients ressentait de la pression quant au fait de ne pas être à la hauteur lorsqu'ils ne suivaient pas les règles établies. <i>Les patients avec ce coping ressentait de la défaite et se sentaient ennuyés s'ils échouaient dans le suivi du programme.</i> La protection des limites de leur capacité : Les patients ayant adapté ce coping avaient un besoin de contrôle sur leur corps et leur esprit pour prendre en charge les demandes du programme. Cette conduite est d'une importance existentielle pour ce groupe, qui semblait avoir peur de complications pendant et après l'opération. Ces patients étaient spécialement nerveux à propos de la sortie de l'hôpital et la période de rétablissement à domicile. Ces derniers se sentaient responsables de leur propre rétablissement. Ils semblaient défier les professionnels de la santé avec qui ils ont initié une lutte de pouvoir par rapport à la mobilisation, la nutrition, le maintien de la douleur. La contestation des limites de leur capacité : Le résultat de ce coping est de se battre

	<p>totale de la hanche (THA). Critères d'inclusions ère opération THA. arler et lire danois. atient n'ayant pas de déficience cognitive.</p>	<p>cognitives et comportementales de l'adaptation. La méthode utilisée est l'observation et les interviews semi-structurées. Une analyse textuelle sur les questionnaires portant les résultats de l'état de santé, sentiment d'auto-efficacité, anxiété, dépression avant l'admission ainsi que 3 mois après ont été incluses. Les entretiens ont été retranscrits selon un manuel de transcription.</p>	<p>afin de retrouver la force physique et mentale. Ces patients avaient un passé avec le sport. Ils ont pris du plaisir à être en compétition et se comparer eux-mêmes avec les autres patients. Ils étaient actifs malgré la douleur et la mobilité réduite. Toutefois les stimuli de l'opération étaient un mécontentement face à leur niveau d'activité et avaient comme conséquence une image de soi compromise en tant que personne active. Les tâches assignées n'étaient pas un moyen de pression pour eux mais au contraire cela faisait appel à leur esprit de compétiteur. Ils sont parvenus à un équilibre entre le repos et l'exercice et disent avoir été préparés et informés à propos de leurs tâches. Malgré le défi des limites, ces patients ont réussi à équilibrer le sport et le repos. Ces patients ont pris les responsabilités pour leur propre rétablissement et avaient la conviction que le programme était nécessaire. L'acceptation des limites de leur capacité : Les patients avec ce type de coping étaient conscients de leurs capacités et se sont appuyés sur cette idée, malgré les attentes du programme. Ils ne se sont pas efforcés à accomplir les attentes quant à l'activité dans le processus de rétablissement et n'ont pas ressenti de pression quant aux responsabilités attendues sur leur rétablissement. Ils ont cherché à faire de leur mieux afin de se conformer aux attentes en prenant leur temps et n'étant pas anxieux à la sortie de l'hôpital. Ils ont économisé leurs capacités mentales et physiques dans le but d'avoir des ressources afin de regagner leur force physique. Ces patients soulignent l'importance d'un « renforcement positif » dans leur effort au rétablissement</p>
--	---	--	---

		<p>3 items ressortent de l'analyse textuelle :</p> <ul style="list-style-type: none"> • le niveau d'éducation • le BMI • le niveau d'anxiété 	<p>Du point de vue des patients, se conformer à la réadaptation prévue signifiait accomplir les tâches suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • se mobiliser rapidement après l'opération • suivre le plan prévu pour la continuité des exercices durant l'hospitalisation • retrouver un équilibre entre l'exercice et le repos. • une gestion suffisante de la douleur. • une nutrition suffisante • un retour à domicile après le 1^{er} jour post-opératoire
--	--	---	---

Auteurs : (Kjølhed et al., 2012), Suède

But de l'étude	Participants	Devis et méthode de collecte de données	Résultats
<p>Evaluer l'effet de la capacité à gérer le stress au niveau de la récupération post-opératoire lors d'une hystérectomie abdominale en association avec une anesthésie sous le programme Fast-track.</p>	<p>N = 162 femmes subissant une hystérectomie sous le programme Fast-track dans des situations de pathologies bénignes. Les femmes ont été randomisées à la chirurgie sous anesthésie générale ou rachianesthésie avec de la morphine en intrathécale. Un total de 180 femmes a été randomisé et 162 ont complété l'étude. Critères d'inclusion : âge entre 18 et 60ans, programmés pour une</p>	<p>Cohorte et ECR Association entre la capacité de gérer le stress et la durée de séjour, le congé maladie, l'utilisation d'analgésiques et les symptômes post-opératoires énoncés par les patients. La collecte de données a été réalisée de manière consécutive durant le séjour à l'hôpital et à la sortie à 5 semaines et 6 mois</p>	<p>Les femmes avec une plus forte capacité à gérer le stress avaient un congé maladie plus court, ressentaient des symptômes post-opératoires significatifs moins souvent et d'intensité plus basse que les femmes ayant une faible capacité à gérer le stress. A l'exception de l'intensité de la douleur, ces résultats étaient liés au fait de subir la chirurgie sous rachianesthésie contre l'anesthésie général (AG). La durée de séjour, l'utilisation d'analgésiques et la douleur abdominale n'était pas lié à la capacité de gérer le stress.</p> <p>Mesures objectives</p> <p>urée du séjour à l'hôpital : La durée du séjour à l'hôpital ne présente pas de différence significative entre les femmes avec les deux groupes.</p> <p>ongé maladie : Sur 162 femmes, 151 bénéficient d'un congé maladie. 113 sont dans le groupe à forte capacité à gérer le stress et</p>

	<p>hystérectomie totale ou partielle, conditions de pathologie bénigne, parlant le suédois.</p> <p>Critères d'exclusion : patients ayant des contre-indications à une rachianesthésie ou une anesthésie général, score de moins de 3 pour American society of anesthesiologists (ASA), situation maligne gynécologique présente ou dans l'histoire de vie, subi une précédente ovariectomie bilatérale, opération attendue qui comprend plus que l'hystérectomie, avec ou sans salpingectomie ou appendicectomie, post-ménopause sans</p>	<p>post-opératoire. La quantité totale d'analgésiques durant le séjour d'hôpital a été comptabilisé.</p> <p>Symptômes post-opératoires :</p> <p>1. Mesurés grâce à un questionnaire (Swedish Post-operative Symptoms Questionnaire (SPSQ)) avec des questions ouvertes et fermées. Le patient complète le formulaire durant les 7 premiers jours puis une fois par semaine. Les réponses sont notées de 0 (Aucun) à 3</p>	<p>38 à dans le groupe à faible capacité à gérer le stress. Sur les 11 femmes qui n'ont pas eu de congé maladie, 7 avaient une pension d'invalidité et 4 avaient un congé maladie pour une raison autre que l'hystérectomie.</p> <p>La durée du congé maladie dépendait fortement de la capacité à gérer le stress (différence significative entre les deux groupes à forte et faible capacité à gérer le stress).</p> <p>En ce qui concerne les anesthésies, les patients sous rachianesthésie avaient une durée du congé maladie significativement plus courte que chez les patients à forte capacité de gestion du stress. Pour l'AG, il n'y avait pas de différence significative.</p> <p>consommation d'analgésiques : Pas de différence significative entre les deux groupes avec différents niveaux de capacité à gérer le stress ni entre les différentes anesthésies (AG/Rachianesthésie).</p> <p>Les femmes ayant une AG consommaient plus d'opioïdes en post-opératoire et avaient la même consommation de non-opioïdes que ceux sous rachianesthésie.</p> <p>Mesures subjectives</p> <p>symptômes post-opératoires : Le groupe à faible capacité à gérer le stress avait un score plus élevé au niveau du questionnaire SPSQ, de</p>
--	---	---	---

	<p>hormonothérapie, handicap physique à un niveau qui risque d'affecter la mobilisation post-opératoire, pathologies psychiatriques sévères ou des difficultés d'apprentissage.</p>	<p>(Beaucoup). Le score total <i>évalue l'inconfort général</i>. 2. Deuxièmement, <i>l'intensité de la douleur</i> est évaluée. Les réponses sont classées de 0 à 7. 3. Troisièmement, le patient énonce <i>l'intensité de 8 symptômes spécifiques</i>.</p>	<p>l'intensité de la douleur et de l'intensité des symptômes spécifiques que le groupe à forte capacité à gérer le stress. Les femmes subissant l'hystérectomie sous rachianesthésie avaient un score SPSQ plus haut que sous anesthésie général. Uniquement la fatigue et la douleur abdominal ont atteint plus de 10% et ont été soutenu plus d'une semaine, la fréquence ne diffère pas selon le niveau de la capacité à gérer le stress. Les femmes avec un bas niveau de capacité à gérer le stress avec l'anesthésie général, avaient une plus grande occurrence de douleurs abdominale que ceux à fort niveau de capacité à gérer le stress. Dans le groupe de rachianesthésie, la fatigue est plus énoncée chez le groupe à bas niveau de gestion de stress et il n'y a pas de différence significative dans le groupe d'anesthésie générale.</p>
--	---	---	--

But de l'étude	Participants	Devis et méthode de collecte de données	Résultats
<p>Identifier les facteurs liés à la satisfaction des patients sur le processus de traitement et de soin</p>	<p>N total = 445 Patients</p> <p>2 groupes :</p> <p>N groupe avec remplacement total de hanche (THR) : 256</p> <p>N groupe avec remplacement total du genou (TKR) : 262</p>	<p>Étude quantitative transversale analytique.</p> <p>Questionnaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avant la sortie, l'auteur/l'assistant informe le patient oralement à propos de l'étude et du questionnaire. • Questionnaire envoyé par enveloppe affranchie 10 jours après la sortie aux participants. • Restitution du questionnaire dans les 3 jours après sa réception. Rappel 3 à 4 semaines après si délais pas respecté. 	<p>Durée de séjour : La médiane était de 2 jours pour THR et TKR avec un écart interquartile de 2-3 jours. THR avaient une durée de séjour plus court (P = 0,02)</p> <p>Satisfaction en général et par rapport à la durée de séjour :</p> <p>Médiane de la satisfaction générale = à 10 sur l'échelle d'évaluation numérique (NRS) pour THR et à 9 pour les TKR.</p> <p>89 % des patients THR et 91% TKR sont favorables à la question concernant la satisfaction de la durée de séjour.</p> <p>10% des THR et 8% des TKR auraient souhaité rester plus longtemps.</p> <p>1% des THR voulaient un séjour plus court et 1% étaient indécis.</p> <p>Score NRS en moyenne :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sur les informations données (score de 0 à 30) = 28 pour les 2 groupes. • Traitement contre la douleur = 9 pour les 2 groupes. • Évaluation durant l'hospitalisation = 9 pour les 2 groupes
<p>Identifier les facteurs liés à la satisfaction globale sous le programme primaire Fast-track concernant le remplacement</p>	<p>6 patients THR et 12 TKR ont été exclus.</p> <p>Critères d'inclusion :</p> <p>Premier remplacement total</p>		

<p>nt unilatéral total de la hanche et du genou.</p>	<p>de la hanche/genou, majeur.</p>	<p>Echelle numérique utilisée composée de 17 items de 0 (insatisfaction) à 10 (meilleure satisfaction possible) mesurant la satisfaction. Il est inclus la satisfaction avec les informations prioritaires (NRS) reçues lors de l'admission, durant le séjour et juste avant la sortie. Les 3 items sur la satisfaction avec l'information reçue ont été regroupés en un item « <i>les informations données</i> ».</p>	<ul style="list-style-type: none"> réparation au retour à domicile = 9,5 (THR) et 10 (TKR) ur les premières semaines à la maison = 9 (THR) et 8.5 (TKR)
<p>Evaluer la différence entre le remplacement total de la hanche (THR) et le remplacement total du genou (TKR) par rapport à la réduction de la durée de séjour et la satisfaction du patient.</p>	<p>Critères d'exclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> roubles cognitifs, 'ils ne parlaient pas et n'écrivaient pas le danois, pération bilatérale simultanée. <p>Les patients THR et TKR allaient dans le même département et étaient tous traités sous le programme Fast-track.</p>	<p>L'étude démontre une association significative entre les <i>comorbidités et la satisfaction globale</i> chez les TKR avec la polyarthrite rhumatoïde et les THR avec le diabète. Une association entre les groupes d'âge et la satisfaction en général a été trouvée chez les THR (p = 0,01) mais pas les chez les TKR. Des associations entre les deux types de chirurgie et la satisfaction globale ont été trouvées ainsi qu'avec la satisfaction sur l'information donnée (p = 0,01). Il n'y a pas eu de variation significative sur la randomisation entre les chirurgiens.</p> <p>Résultat principal de l'étude : Les patients THR et TKR sous le programme Fast-track sont satisfaits. La médiane du score NRS = 8,5 à 10 de tous les paramètres. La satisfaction globale est entre 9 et 10.</p>	<p>L'étude démontre une association significative entre les <i>comorbidités et la satisfaction globale</i> chez les TKR avec la polyarthrite rhumatoïde et les THR avec le diabète. Une association entre les groupes d'âge et la satisfaction en général a été trouvée chez les THR (p = 0,01) mais pas les chez les TKR. Des associations entre les deux types de chirurgie et la satisfaction globale ont été trouvées ainsi qu'avec la satisfaction sur l'information donnée (p = 0,01). Il n'y a pas eu de variation significative sur la randomisation entre les chirurgiens.</p> <p>Résultat principal de l'étude : Les patients THR et TKR sous le programme Fast-track sont satisfaits. La médiane du score NRS = 8,5 à 10 de tous les paramètres. La satisfaction globale est entre 9 et 10.</p>

ClicCours.com

4.2 Analyse critique par article

Suite à la présentation tabulaire des six articles de recherche sélectionnés pour notre travail de Bachelor, nous avons procédé à une analyse grâce à la grille de Fortin. Nous avons analysé de manière narrative les articles et identifié les limites auxquelles ceux-ci sont confrontés.

Jorgensen & Fridlund (2016)

Une étude ayant comme devis la théorisation ancrée (n=14), a généré une théorie conceptualisant et expliquant les types de coping prédominant et les traits spécifiques à chacun (Jorgensen & Fridlund, 2016). Les patients recrutés dans une clinique ambulatoire ont été observés et des interviews semi-structurés ont été menés. Les entretiens ont été retranscrits selon un manuel de transcription. Trois items sont ressortis de l'analyse textuelle, le niveau d'éducation, le BMI et le niveau d'anxiété. Quatre types de coping ont été identifiés. Le dépassement des limites de leur capacité dont le but était d'éviter de se conformer aux attentes. La protection des limites de leur capacité où les patients avaient besoin de contrôler leur corps et leur esprit et prendre en charge les demandes du programme. La contestation des limites de leur capacité dont le but était de chercher à retrouver la force physique et mentale est d'être physiquement et mentalement fort. L'acceptation des limites de leur capacité où les patients étaient conscients de leurs capacités et se sont appuyés sur cette idée, malgré les attentes du programme.

Les limites principales de l'article, sont que les auteurs ne décrivent pas comment l'échantillon a été recruté, nous pouvons imaginer de ce fait, qu'il existe un biais de sélection et un biais d'information. Le recueil de données a été fait notamment grâce à des entretiens et des observations, mais il n'existe pas de notions d'observations non enregistrés ce qui peut conduire à un biais de mesure qui oriente les réponses vers les résultats voulus. La crédibilité peut être mise en cause car les résultats n'ont pas été validés par les patients ni par les experts.

Specht ; Kjaersgaard-Andersen ; Kehlet ; Wedderkopp & Pedersen (2015)

Une étude quantitative transversale analytique (N=445) a identifié les facteurs liés à la satisfaction des patients sur le processus de traitement et de soin ainsi que les facteurs liés à la satisfaction globale sous le programme primaire Fast-track concernant le remplacement unilatéral total de la hanche ou du genou (Specht, Kjaersgaard-andersen, Kehlet, Wedderkopp & Pedersen, 2015). Les participants potentiels à l'étude recevaient par enveloppe affranchie 10 jours après la sortie un questionnaire et devaient le restituer dans les 3 jours après sa réception. La satisfaction a été mesurée grâce à une échelle numérique

(NRS) composée de 17 items de 0 à 10, échelle uniquement testée uniquement une fois par Danish Health and Medicine Authority et pas validé. L'item « informations données » a regroupé 3 items sur la satisfaction allant de 0 à 30. Chez les patients TKR, les hommes avaient une satisfaction générale (NRS : 10) plus haute que chez les femmes (NRS : 9). Une association significative est démontrée entre la satisfaction générale et la satisfaction avec la durée de séjour, chez les THR, qui auraient souhaité resté plus longtemps ($P=0.01$). Le résultat principal de l'étude démontre que les patients TKR et THR sous le programme Fast-track sont satisfaits, la moyenne du score NRS étant entre 8,5 et 10 pour tous les paramètres et la satisfaction globale entre 9 et 10. Le programme Fast-track ne compromettrait pas la satisfaction des patients. Ce concept faisant bénéficier un séjour hospitalier court avec une médiane de 2 jours ne serait donc pas un désavantage pour le patient.

Les limites principales de l'article étant que les auteurs n'ont pas précisé le type de devis utilisé et il n'existe pas de notions d'utilisation de cadre théorique. La crédibilité des résultats serait selon nos analyses à interpréter avec caution. Le taux de satisfaction élevé (entre 8 et 9 sur 10 pour chaque item) pourrait être biaisé pour diverses raisons. Premièrement, la taille de l'échantillon n'est pas justifiée et le type de population n'est pas spécifié (classe sociale, état civil) ce qui est alors un *biais de sélection*. Deuxièmement, il n'est pas spécifié si les questionnaires sont envoyés et rendus de manière anonyme, car si le contraire cela peut induire un *biais de réponse*. Finalement, l'échelle utilisée « Danish Health and Medicine Authority » a été testée dans une étude pilote mais pas validée, il n'est alors pas certain que cet outil soit valide. Cependant, l'auteur évite le biais de désirabilité en envoyant le questionnaire à la maison et utilise un grand échantillon augmentant ainsi la validité des résultats.

Bottcher Berthelsen, Lindhardt & Frederiksen (2014)

Une étude à théorisation ancrée ($N=14$) a eu pour objectif d'élaborer une théorie ancrée sur les *patterns* des proches par rapport aux comportements des patients âgés subissant un remplacement total de hanche/genou sous le programme Fast-track (Bottcher Berthelsen, Lindhardt & Frederiksen, 2014). L'étude est guidée par la théorie à large spectre selon Glaser (Glaser, 2001), les auteurs ont tout d'abord réalisé 14 observations des proches, des patients et des professionnels de la santé durant des rendez-vous. Par la suite, l'auteur mène 2 conversations de 3 à 6 minutes avec les 7 proches afin de rapporter le vécu des proches avec les patients et les professionnels de la santé ainsi que faire ressortir des concepts émergeant des observations. La collecte de données est terminée grâce à des entretiens avec 5 proches (2 ont refusé) qui sont menés grâce à un guide afin de garder un focus sur les questions puis au fur et à mesure des entretiens, ces derniers sont guidés afin de saturer et ajuster les concepts. De l'analyse des auteurs, la catégorie « Maintenir une unité » émerge comme la catégorie et le *pattern* principal des

proches par ils résolvent leur problème essentiel ; prévenir le sentiment de solitude des patients. Les résultats démontrent qu'il y a 3 modes de comportements interchangeables : mode protecteur, mode de substitution et mode d'adaptation. Le mode de substitution démontre que les proches sont présents, tentent par leur présence que le vécu des patients paraisse plus facile et compensent un éventuel manque de capacités des patients. Et pour finir, le mode protecteur démontre que les proches font preuve de soutien émotionnel par la présence, le respect de l'environnement et de l'inquiétude.

Les limites principales étant que l'étude présente un petit échantillon cependant justifié par la théorie de Glaser. Les catégories élaborées grâce aux observations, aux conversations et aux interviews n'ont pas été vérifiées auprès d'experts ni auprès de la population étudiée, ce qui peut induire *un biais de mesure*. Avec un échantillonnage théorique comme exige la théorie de Glaser, les auteurs doivent connaître les croyances et les opinions des participants ce qui induit un biais de sélection, car le choix n'est pas fait à l'aveugle et n'est pas représentatif de la population en général.

Norlyk & Harder (2011)

Dans l'étude quasi expérimentale de Norlyk & Harder (2011) (N=22), ils ont exploré l'expérience du point de vue des patients atteints de cancer, ayant subi une chirurgie du côlon, sur leur vécu concernant la participation à un programme Fast-track après la sortie de l'hôpital. Les patients ont eu des entretiens individuels composés de questions ouvertes, deux semaines et deux mois après leur sortie à leur domicile excepté pour l'un deux qui s'est déroulé dans le bureau du chercheur. Les entretiens étaient enregistrés et retranscrits textuellement. Les résultats ont été analysés et catégorisés en sept thèmes. Les patients rapportent une certaine vulnérabilité et sentiment de culpabilité face à l'investissement des proches aidants. Les patients étaient attentifs à leur signaux corporels en identifiant des explications possibles en prenant en compte leur intuition et les explications données par les professionnels. Ils rapportent un dilemme entre suivre un régime imposé par les soignants qui leur apportait une certaine satisfaction accompagné d'une pression supplémentaire et leurs besoins corporels. Ils ont dû adapter leur vie quotidienne en fonction des recommandations des professionnels. Ils avaient le désir de retourner dans leur vie quotidienne qui était pour eux un signe de succès car ils ont pu regagner leur indépendance. Il était important d'avoir des temps de repos afin de leur donner du courage et de la force. Finalement les interactions avec les proches qui ont été à la fois des substituts pour les patients et qui leur mettaient de la pression quant aux suivis des recommandations.

Les limites principales de l'étude, sont que les auteurs n'ont pas justifié la taille de l'échantillon par un outil ce qui est un biais de sélection. La description non exhaustive de l'échantillon nous mène à juger qu'il existe également un biais d'information qui pourrait avoir un impact sur l'analyse des résultats et de la validité de l'étude. Les auteurs ne donnent pas d'information sur la méthode choisie lors des entretiens

individuels ce qui représente un biais de mesure quant à la qualité des instruments de mesure. Nous n'avons pas mention de deux chercheurs indépendants ni de quel auteur participe aux entretiens. Les résultats n'ont pas été validé auprès d'experts ni des patients.

Norlyk & Martinsen (2012)

Une étude qualitative avec une approche phénoménologique (n=12) a évalué l'expérience vécue de proche aidant de plusieurs patients avec un cancer du côlon ayant participé au programme (Norlyk & Martinsen, 2012). On compte 9 femmes et 3 hommes dont 10 sont mariés et 2 sont les filles des patients. Deux interviews en profondeur ont été mené pour récolter les données à deux semaines et deux mois après la sortie de l'hôpital au domicile des participants. Il leur était à chaque fois demandé comment ils avaient vécu l'expérience de la période post-opératoire et plusieurs questions leur étaient posées afin d'approfondir les descriptions. Les interviews étaient enregistrées et retranscrit par le même chercheur. Quatre éléments essentiels ont été identifiés. Les bras tendus des professionnels dans lequel les difficultés des proches étaient recherchées. Cet élément illustrait un rôle conflictuel car les proches n'étaient pas toujours d'accord avec les recommandations données par les professionnels et les patients n'acceptaient pas de suivre les recommandations des proches. Un autre élément était la vigilance dirigée vers le rétablissement physique du patient. L'évaluation du proche sur le statut physique a déterminé l'ampleur et le degré de supervision. Le troisième élément était l'organisation d'un environnement de guérison dans lequel les proches ont eu de grandes difficultés à organiser le quotidien des patients afin d'optimiser un environnement de guérison tout en respectant les recommandations, les besoins du patient et les conditions de la maison. Le dernier élément était la pression existentielle où les proches ont connu un sentiment de responsabilité d'être le partenaire d'épargne du patient et avaient l'envie d'aider le patient à maintenir une attitude positive envers la vie et non des sentiments de désespoir.

Les limites principales de l'article, sont que les auteurs ne décrivent pas comment l'échantillon a été réalisé et les caractéristiques de la population cible ne sont pas suffisamment détaillées, il n'existe pas de tableaux avec des caractéristiques de la population étudiée ce qui peut être à l'origine d'un biais de sélection. Nous comprenons que la description des entretiens sont menés en fonction des réponses données par les proches, ce qui représenterait un biais d'enquêteur, cependant, l'auteur dit systématiquement vérifier auprès des proches les informations qu'ils ont données. Pour finir, comme les critères d'inclusion sont peu précis, la population est très différente : différents liens entre proches et patients (époux, enfants, neveux), différence d'âge importante des proches, de situation professionnelle ce qui amène par conséquent un vécu différent.

Kjohlhede ; Wodlin ; Nilsson ; Frederikson & Wijma (2012)

Une cohorte descriptive longitudinale avec contrôle randomisée (N = 162) a estimé l'effet de la capacité à gérer le stress en combinaison avec une anesthésie sur la récupération post-opératoire lors d'une hystérectomie sous le programme Fast-track (Kjohlhede, Wodlin, Nilsson, Fredrikson & Wijma, 2012). La collecte de données a été réalisée de manière consécutive durant le séjour à l'hôpital, à la sortie, à 5 semaines et à 6 mois post-opératoire. L'évaluation de capacité à gérer le stress a été mesurée dans la semaine préopératoire par l'outil « Stress Coping Intervention » (SCI) et les réponses étaient rapportées sur une échelle de Likert. Les symptômes post-opératoires sont mesurés grâce au formulaire « Swedish Post-operative Symptoms » (SPSQ) avec des questions ouvertes et fermées. Le patient doit le compléter durant les sept premiers jours puis une fois par semaine. Le score total évalue l'inconfort général, les patients ayant une capacité basse à gérer le stress ont un score SPSQ significativement plus haut que les patients à capacité haute à gérer le stress.

Cette étude présente des limites méthodologiques. En ce qui concerne l'introduction, le problème est soulevé et développé, cependant il n'est pas justifié grâce à des statistiques permettant de voir l'ampleur du phénomène à l'étude. L'objectif souligné dans le résumé n'est pas cohérent par rapport à l'objectif rédigé à la fin de l'introduction. De plus, il n'existe pas de mention de cadre de recherche et l'auteur ne justifie pas l'absence de ce dernier, l'étude est donc menée sans cadre théorique. Pour finir, l'échantillon n'est pas défini grâce à un calcul, la taille n'est donc pas justifiée ce qui pourrait représenter un biais dans la lecture des résultats. Cependant, l'échantillon représente une force pour l'étude, car ce dernier est divisé en 2 sous-groupes (RA et AG) qui sont quasi égales.

5. SYNTHÈSE DES RESULTATS

La synthèse des résultats est guidée grâce à la théorie de l'auto-soin d'Orem et est divisée en deux items : Tâches des soins dépendants (*Dependent care tasks*) et capacité d'auto-soin (*self-care agency power*).

5.1 Tâches des soins dépendants (*Dependent care tasks*)

Il existe différentes catégories de tâches que l'agent de soins dépendant peut réaliser : Tâches liées à l'autre, tâches liées à la situation de soin et tâches liées au système de soin.

5.1.1 Tâches liées à l'autre

Selon Bottcher et al. (2014), l'inquiétude fait partie d'un des modes de comportements interchangeables classé sous le mode protecteur. Dans la catégorie « Tâches liées à l'autre », une des tâches spécifiques s'intitule « Connaître et prévoir les exigences d'auto-soin thérapeutiques de l'autre ». Dans le contexte de Fast-track, cela signifie selon nous que les proches s'impliquent en démontrant un intérêt pour les exigences imposées par le programme. L'étude démontre que les proches s'inquiètent sur plusieurs aspects de la situation du patient surtout au niveau pratique, notamment sur le retour à domicile. Les proches se sentaient responsables d'assurer leur routine, à domicile, jusqu'à ce que leur état de santé soit stable. Dans l'article de Norlyk et al. (2012), il existe un désaccord entre les proches et les patients sur l'interprétation des recommandations données par les professionnels. Ces deux articles démontrent tous deux un intérêt quant aux exigences d'auto-soins thérapeutiques. Cependant, l'article de Bottcher et al. (2014) fait ressortir de l'inquiétude alors que celui de Norlyk et al., (2012) révèle une discordance entre proches et patients.

Une autre tâche spécifique « Répondre aux variations dans l'exercice de la capacité d'auto-soin de l'autre » peut être mise en lien avec le mode de substitution de l'article de Bottcher et al. (2014). Celle-ci signifie selon nous que si le patient se trouve dans l'incapacité de répondre à ses besoins, les proches sont censés être capables de l'identifier et d'agir. L'article démontre que les proches sont non seulement présents durant la phase périopératoire, mais assument également des responsabilités pour le bien-être des patients et se sentent responsables de les soutenir en compensant un éventuel manque de capacités. Ces derniers soutiennent et motivent le patient sur toute la durée du programme. Ces résultats, rejoignent l'article de Norlyk et al. (2011) qui développe un thème sur l'interaction avec les proches dans lequel, il est dit que les proches sont à la fois des substituts pour les participants lorsqu'ils manquent d'énergie et leurs mettent également de la pression s'ils ne font pas preuve de surveillance quant aux suivis des exigences. Il est également décrit dans l'article de Norlyk et al. (2012), que les proches assument la responsabilité pour certains aspects qu'ils jugent importants, tels qu'établir une routine familiale et fournir des aliments nourrissants. Grâce aux résultats de ces trois articles, il est démontré que les proches assument des responsabilités selon la capacité d'auto-soin du patient et font de preuve de surveillance quant à l'exécution de l'auto-soin.

5.1.2 Tâches liées à la situation de soin

Une des tâches spécifiques de cette catégorie se nomme « Gestion et modification de l'environnement ». Dans ce contexte, cette tâche comprend selon notre interprétation, l'adaptation du proche à l'environnement du programme Fast-track et son niveau d'implication. Il est décrit dans l'étude de Bottcher et al. (2014) que les proches s'efforcent de s'adapter à l'unité de l'hôpital, essayent d'être en

harmonie avec les exigences des professionnels de la santé afin d'être présents et ainsi pouvoir prévenir un sentiment de solitude chez le patient. Cependant, ces derniers souhaitent adapter les règles de l'hôpital notamment sur les heures de visite, jugées strictes. L'article de Norlyk et al. (2012) fait également référence à l'interaction du proche avec l'environnement. Contrairement à l'article précédent, les patients et ses proches se trouvent à domicile. En phase postopératoire, les proches tentent d'organiser un environnement sain qui tend à une guérison de qualité tout en respectant les exigences thérapeutiques, les besoins du patient et les conditions à la maison.

5.1.3 Tâches liées au système de soin

Selon Bottcher et al. (2014), dans le mode de substitution, il est dit que les proches s'engagent à transmettre aux professionnels de la santé toute péjoration éventuelle de l'état de santé. Cet aspect peut être classé sous la tâche spécifique « Communiquer avec les soignants ». Un aspect supplémentaire à proposer dans le contexte de la communication avec les professionnels ressort dans l'article de Norlyk et al. (2012). Les proches sont considérés comme les bras tendus des professionnels, il est important pour ces derniers de maintenir les rendez-vous avec les professionnels afin qu'ils posent leurs questions et cela contribue à sentiment d'être considérés sérieusement.

5.2 Capacité d'auto-soin (*self-care agency power*)

La capacité d'auto-soin est divisé en dix composantes (Orem, 2001) et nous avons classé les résultats de nos articles en fonction de ces dernières.

5.2.1 L'habileté à maintenir son attention et à exercer la vigilance requise en se respectant comme agent d'auto-soin et en respectant les conditions internes et externes ainsi que les facteurs significatifs entourant l'auto-soin.

Dans l'article de Norlyk et al. (2011), une des catégories des résultats s'intitule « L'attention vers les réactions corporelles ». Une fois à domicile, les patients tournent leur attention sur les manifestations corporelles ce qui induit une réflexion sur leur importance. La réflexion porte sur l'importance des symptômes, s'il existe un lien avec l'opération ou si ceux-ci pouvaient être ignorés. Les patients prennent les décisions seuls ou avec leurs proches. La réflexion les mène à prendre des décisions ou alors à savoir quand ils atteignent leurs limites. Ce résultat est lié à la composante, car les patients maintiennent leur attention et exercent une vigilance au quotidien en faisant preuve de réflexion, se respectant ainsi comme agent d'auto-soin.

Selon Orem (2001), le stress est considéré comme une condition interne d'un individu et influence l'exercice de la vigilance. Cet aspect est démontré à travers l'article de Kjolhede et al. (2012), les patients ayant une faible capacité à gérer le stress (*Stress Coping*) ont une plus forte intensité des symptômes post-opératoires que les patients à haute capacité à gérer le stress. Cet aspect démontre que la faible capacité à gérer le stress requiert une augmentation de la vigilance de la part des patients, afin de maintenir la capacité d'auto-soin.

En conclusion, afin de se respecter comme agent d'auto-soin, le patient doit être vigilant. L'auto-soin est influencé par les conditions qui sont internes et externes au patient telle que la gestion du stress.

5.2.2 L'habileté à prendre des décisions quant au soin de soi et à opérationnaliser ces décisions.

Cette composante peut être liée aux résultats de l'article de Norlyk et al. (2011), parce qu'il existe un dilemme entre suivre les exigences d'auto-soins thérapeutiques (*therapeutic self-care demand*) comme l'activité, ou la gestion des symptômes et ce qui influence la capacité d'auto-soin (nursing agency), telles que la fatigue, les nausées et des douleurs. Les patients doivent trouver un équilibre entre être à l'écoute des besoins corporels et suivre les recommandations par les professionnels, ce qui les mène à prendre des décisions quant à l'auto-soin.

Un deuxième article rejoint cette composante et les résultats de l'article précédent. Selon Jorgensen et al. (2016), il existe 4 types de coping face à un programme Fast-track : Le dépassement des limites de leur capacité, la protection des limites de leur capacité, la contestation des limites de leur capacité, l'acceptation des limites de leur capacité. Ces 4 types de coping illustrent diverses gestions entre les besoins corporels et les exigences du programme ainsi que les conséquences qui en découlent.

5.2.3 L'habileté à effectuer des opérations d'auto-soin de façon conforme, en les intégrant aux aspects pertinents de sa vie personnelle, familiale et communautaire.

Dans l'article de Norlyk et al. (2011), un des résultats se nomme « Ajuster les recommandations de la vie quotidienne ». Tel qu'il est écrit dans cette composante, les patients doivent adapter leur vie quotidienne en fonction des recommandations des professionnels en intégrant l'activité physique, le régime alimentaire et le contrôle de la douleur à leur routine.

5.2.4 Un répertoire de compétences interpersonnelles, perceptuelles, cognitives, de communication et de manipulation, adaptées à l'exécution des opérations d'auto-soin.

Selon Norlyk et al. (2011), les menaces pouvant influencer la vie telle que la maladie, rendent les patients vulnérables en participant au programme. Le sentiment d'*insécurité* et de *vulnérabilité* peuvent également affecter la relation avec les proches et donner naissance à un sentiment de *culpabilité*. La réalité soulevée

par l'auteur ci-dessus peut être mise en lien avec cette composante spécifique à la capacité d'auto-soin. La vulnérabilité, l'insécurité et la culpabilité des patients sont considérées comme des compétences perceptuelles et cognitives qui influencent l'exécution des opérations d'auto-soin.

Selon Jorgensen et al. (2016), lorsque le patient adopte le type de coping « Dépassement de la limite des capacités », il se sent nerveux et agacé s'il n'est pas capable de répondre aux attentes et à l'inverse ressent de la fierté s'il parvient à accomplir les tâches assignées. Si les patients adoptent le type de coping « La protection des limites de leur capacité », ils se sentent nerveux quant au retour à domicile et la période de réhabilitations. Pour les patients adoptant le coping « La contestation des limites de leur capacité » qui ont une expérience précédente avec les compétitions se réjouissent d'être en compétition et de se comparer avec les autres. Pour finir, les patients avec le type de coping « Acceptation des limites de leurs capacités » sont conscients de leurs capacités, malgré les attentes du programme et les patients ne ressentent pas de pression. Selon cet auteur, chaque patient a un type différent de coping et donc chacun développe une manière de gérer ses capacités influençant l'exécution de l'auto-soin.

Ces résultats rejoignent ceux de l'article de Norlyk et al. (2011). Ce dernier aborde la vulnérabilité et l'insécurité ressentie par le patient qui est en lien avec le type de coping « Protection des limites de leur capacité » nommé par Jorgensen et al. (2016) dans lequel les patients sont nerveux quant au retour à domicile. Dans l'article de Norlyk et al. (2011) l'auteur nomme également le sentiment de culpabilité qui peut rejoindre le type de coping selon Jorgensen et al. (2016) « Le dépassement des limites de leurs capacités » dans lequel les patients ressentaient de la culpabilité s'ils ne parvenaient pas à exécuter les tâches de l'auto-soin.

Selon Specht et al. (2015), les patients THR et TKR sous le programme Fast-track sont satisfaits. La moyenne du score NRS (Numerical Rating Scale) est de 8,5 à 10 pour tous les indicateurs et la satisfaction globale se situe entre 9 et 10. La haute satisfaction globale démontre que les patients détiennent ou ont développé un répertoire de compétences (interpersonnelles, perceptuelles, cognitives, de communication et de manipulation) dans le cadre du programme Fast-track pour exécuter l'auto-soin.

Les résultats de cet article vont à l'encontre de ceux de Norlyk et al. (2011) qui amène des notions de vulnérabilité, d'insécurité et de culpabilité chez les patients influençant l'exécution de l'auto-soin. Il va également à l'encontre de l'article de Jorgensen et al. (2016) qui explique que selon les compétences que les patients ont acquises, l'exécution de l'auto-soin varie. Pour conclure, les trois articles ont des avis divergents sur la thématique de la mobilisation des compétences afin de réaliser l'auto-soin.

La mobilisation des compétences qui influence l'auto-soin concerne également les proches. L'article selon Bottcher et al. (2014), démontre que le proche dans le mode protecteur est le témoin de la douleur du patient, ce qu'il peut être accablant pour les proches voulant montrer leur compassion et offrir leur confort physique. Ces derniers se préoccupent également pour le bien être du patient et ressentent un besoin d'écouter et retenir les informations sur le programme.

Selon Norlyk et al. (2012), les proches se sentent vulnérables et éprouvent de la solitude. Les proches ressentent de l'impuissance et de la frustration lorsque les patients n'ont pas les ressources, ils sont alors observateurs de la souffrance. Pour finir, face aux chances de survie de la maladie des patients, les proches se sentent vulnérables et fragiles, tout en devant continuer à faire preuve de soutien. Ces résultats rejoignent ceux de Bottcher et al. (2014) qui démontrent que les proches ont également des compétences perceptuelles et cognitives telles que la préoccupation et la vulnérabilité qui influencent l'exécution des opérations d'auto-soin.

Cette dernière composante, démontre que les patients et les proche mobilisent tout deux des compétences qui influencent l'exécution du soin.

6. DISCUSSION

Suite à la comparaison des résultats de nos articles, nous allons discuter sur nos interprétations personnelles. Nous allons premièrement aborder les principaux résultats et expliquer en quoi le cadre théorique nous a permis de renforcer la perspective du sujet à l'étude. Nous répondrons par la suite à la question de recherche et soulèverons les limites méthodologiques de notre travail. Finalement nous exposerons le caractère généralisable des résultats et les recommandations pour la pratique et la recherche.

Nous relevons que dans plusieurs de nos articles, les proches assument un rôle de substitut en assumant diverses responsabilités (Norlyk et al. 2011 ; Bottcher et al. 2014 ; Norlyk et al. 2012). Les soignants ont un rôle important dans le processus de guérison. Ils collaborent avec les proches et visent au bien-être du patient. D'une part, les proches sont considérés comme des partenaires garants de l'état de santé du patient d'une façon qui semble naturelle. D'autre part, les proches collaborent également avec les soignants, cependant leur rôle est vécu comme un fardeau, car ils ont l'impression que les professionnels de la santé leur imposent une coresponsabilité (Norlyk et al. 2012 ; Bottcher et al. 2014). Un dilemme qui ressort dans deux de nos articles, est celui des patients portant sur l'équilibre entre la gestion des symptômes ressentis et les besoins de suivre les recommandations du programme (Jorgensen et al. 2016 ; Norlyk et al. 2011). Les patients ressentent de l'insécurité et de la vulnérabilité face aux menaces

influençant leur santé. Ces sentiments conduisant à un changement dans les relations avec les proches les mènent à un sentiment de culpabilité. Dans un des types de coping des patients « dépassement de la limite des capacités », ces derniers se sentent nerveux et agacés s'ils ne peuvent pas répondre aux attentes et à l'inverse sont fiers s'ils y parviennent (Norlyk et al. 2011 ; Jorgensen et al. 2016). Lorsque les proches sont témoins de la douleur, ils ressentent du désespoir et se préoccupent du bien être des patients. Ces derniers se sentent à la fois frustrés, impuissants ainsi que vulnérables et fragiles quand les patients n'ont pas les ressources nécessaires à la réhabilitation et face aux chances de survie (Norlyk et al. 2012 ; Bottcher et al. 2014). Nos articles démontrent des résultats contradictoires par rapport à la gestion de l'environnement des proches. Dans une étude, nous avons pu lire que les proches s'adaptent à l'environnement hospitalier malgré des contraintes liées au règlement de l'hôpital. Dans une autre étude, nous avons lu que les proches se montrent actifs en assurant la routine du patient et en adaptant l'environnement à domicile. Ces résultats peuvent s'expliquer par le fait que ces deux résultats sont évalués lors de la phase postopératoire cependant dans deux environnements différents, à savoir l'hôpital et le domicile. Nous constatons que le proche a davantage de responsabilités lors du retour à domicile, ce qui l'amène à être plus actif (Bottcher et al. 2014 ; Norlyk et al. 2012). Quant au développement des compétences, l'article de Specht et al. (2015) va à l'encontre des résultats précédents qui peut s'expliquer par plusieurs raisons. En effet, Specht et al. (2015) utilisent un outil de mesure de satisfaction qui n'a pas été validé et a été utilisé uniquement à une reprise dans une précédente étude. Il mesure la satisfaction en périopératoire et ne contient qu'une question sur la satisfaction en phase post-opératoire alors que les autres articles mesurent tous le vécu en phase post-opératoire.

Le cadre théorique a permis de mettre en valeur le lien entre les compétences individuelles du patient et du proche avec leur vécu lors de la réhabilitation considérant les sentiments évoqués comme des compétences perceptuelles et cognitives influençant l'exécution de l'auto-soin. Nous nous apercevons que les patients et les proches ne mobilisent pas les compétences adaptées à l'auto-soin et que le rôle de l'infirmière est important afin que le patient acquière une pratique réflexive. Les résultats soutiennent le cadre théorique, car il démontre également la place utilisée par le proche dans la gestion de l'auto-soin. Notre travail met en évidence l'importance d'une telle théorie dans les services de chirurgie et le partenariat des professionnels de la santé avec les proches.

Afin de répondre à la question de recherche « Quel est l'impact d'une chirurgie sous le programme Fast-track sur le vécu du patient et/ou de son proche aidant ? », les articles sélectionnés pour ce travail de Bachelor nous ont permis de soulever certains éléments de réflexion. L'impact du programme sur le vécu des proches est à plusieurs niveaux. Les proches ont un rôle primordial dans la réhabilitation du patient. Ils accompagnent le patient durant toute la phase périopératoire et plus particulièrement dans la phase

postopératoire. Leur préoccupation les pousse à s'intéresser aux auto-soins et à prendre le relai en cas de besoin ou d'incapacité. Ils se voient attribuer un rôle qui leur demande de mobiliser de nombreuses compétences et les sentiments de frustration, d'impuissance, de vulnérabilité et de fragilité se font ressentir dus aux limites de leurs capacités et connaissances. L'impact au niveau du patient touche plusieurs sphères. Au niveau physiologique le patient peut ressentir de la fatigue, des nausées, des douleurs ce qui peut entraver le respect des exigences thérapeutiques. Sur le plan psychologique, le programme leur demande de suivre un certain régime quotidien et cela amène à de la frustration et de la culpabilité s'ils ne s'en sentent pas capables. Ces aspects demandent une réflexion de la part du patient qui doit être sensibilisé à ces derniers par l'infirmière durant l'hospitalisation ainsi qu'aux traitements nécessaires et les alertes cliniques qu'il leur demanderaient de faire appel à un soignant.

Avant de débiter la lecture des articles de recherche, nous nous attendions à un certain nombre de résultats. Nous envisagions percevoir davantage le rôle de l'infirmière dans nos lectures, cependant ce dernier n'est pas suffisamment mis en valeur. Les interventions infirmières ne ressortent dans aucun de nos articles et nous ne savons donc pas l'impact de ce rôle sur le vécu des proches et des patients.

Nous avons imaginé qu'il y ait un impact principalement au niveau du patient, cependant les résultats démontrent que les proches ont un rôle tout aussi important dans la gestion de la situation. L'impact psychologique n'est pas uniquement au niveau des patients comme il est expliqué ci-dessus.

Finalement, nous pensions que sous un programme portant sur la réhabilitation rapide, le manque de temps impliquerait un manque de connaissance au niveau de leur apprentissage de l'auto-soin, cependant les articles ressortent qu'il y a un raisonnement de la part du patient sur ses besoins et les directives du programme.

Nous avons soulevé des limites méthodologiques pour notre travail de Bachelor qui sont alors à prendre en compte afin de faire preuve de lecture critique dans les résultats que nous avons avancés. La majorité de nos articles ne concernent qu'un petit échantillon ce qui favorise un biais pour la crédibilité de nos résultats. Un de nos articles traite du programme au niveau périopératoire en ne citant qu'un aspect du postopératoire alors que le reste de nos articles traitent uniquement du vécu en phase postopératoire. Les consignes du travail Bachelor nous ayant demandé de choisir uniquement six articles, peut être considéré comme un biais. N'ayant pas étudié tous les articles traitant du sujet, cela conduit à un biais de conclusion des résultats. Malgré que nos critères d'inclusion concernant les langues soient vastes et que ce soit une force pour notre travail, nous avons dû exclure des articles rédigés en danois ou suédois. Nous avons pu également soulever des limites en ce qui concerne le cadre théorique choisi. Les résultats démontrent un impact psychologique du programme sur notre population cible qu'il est difficile à classer dans la théorie de l'auto-soin. Finalement, nous aurions pu sélectionner une catégorie d'individus au lieu d'en étudier

deux à savoir les proches et les patients qui nous aurait permis d'obtenir des résultats plus précis. Malgré cela, ce choix nous permet une vision plus générale du programme et son impact.

Nos articles proviennent uniquement du Danemark et de la Suède. Ces deux pays européens, sont similaires à la Suisse par leur qualité et leur niveau de vie. Dès lors, les résultats peuvent être applicables dans le contexte suisse des soins à tous types de chirurgie sous le programme Fast-track. Nous pouvons envisager la généralisation des résultats à d'autres pays européens ou industrialisés ayant un système de soins similaires. Néanmoins, afin d'augmenter la crédibilité des résultats, en Suisse, il aurait été souhaitable que ces questions soient étudiées par des recherches locales.

Sur la base de la discussion et la synthèse, nous avons imaginé des recommandations pour la pratique infirmière. Les proches ont des responsabilités et nous pensons qu'il serait utile de prendre en compte leurs difficultés au même titre que ceux des patients. L'évaluation des tâches de la part de l'infirmière est importante pour déterminer la capacité du proche et du patient quant à l'auto-soin. Cela nous amène à nous rendre compte de l'importance du rôle de l'infirmière dans le processus d'auto-soin qui enseigne au patient à avoir une pratique réflexive.

Au niveau des recommandations de la pratique en Suisse :

1. Assurer un suivi des patients à domicile pour les soutenir dans leur auto-soin en lien avec le Fast-track tout en répondant aux besoins du proche.
2. Sensibiliser les professionnels de la santé sur le vécu des patients et des proches à domicile ainsi qu'à la dynamique familiale.
3. Répondre aux besoins des patients qui sont à domicile en temps opportun. Mise en place d'outils technologiques tels que des sites et des plateformes, dans lesquels des réponses seraient apportées par une équipe infirmière formée au Fast-track et faciliterait le processus. De plus, le site contiendrait un forum permettant une discussion entre les patients et leurs proches.

Nous sommes conscientes que ces recommandations nécessitent une adaptation afin qu'elles soient réalisables au sein du système de soins suisse. Nous avons constaté que certaines de nos recommandations sont déjà mises en place chez les équipes de chirurgie adoptant ce programme. La première recommandation a pour but de diminuer le sentiment de détresse du proche, aider le patient dans sa capacité de réflexion et répondre aux questions en suspens. Nous avons le sentiment suite à nos lectures que le rôle infirmier décrit dans la problématique, concerne les trois phases du programme Fast-track. Cependant, il prend fin une fois que le patient est sorti de l'hôpital. En effet, l'infirmière s'assure que le patient respecte les critères de sortie et appelle uniquement à une reprise le lendemain du retour à domicile pour s'assurer du bon déroulement. Dans la seconde recommandation, en abordant la dynamique

familiale nous souhaiterions que les soignants perçoivent les proches et les patients comme des groupes distincts avec des besoins individuels. Cette sensibilisation aurait pour but le développement des compétences permettant d'aider et soutenir la famille. La troisième recommandation est mise en place afin de répondre aux questions du proche et du patient et diminuer leur sentiment de solitude et de vulnérabilité. Cette dernière vise ainsi à démontrer que le rôle de l'infirmière est une composante essentielle pour ce programme. Celle-ci a pour but de sensibiliser les soignants aux problématiques rencontrées par les patients et les proches dès leur sortie de l'hôpital.

Pour clore cette discussion, nous envisageons des recommandations pour la recherche. Suite à l'identification des limites méthodologiques, il nous semble pertinent d'approfondir les recherches sur le vécu des proches et des patients subissant une chirurgie sous le programme Fast-track avec un échantillon plus conséquent.

Constatant le peu de contenu sur le rôle infirmier, il serait important de développer la recherche sur l'impact du rôle infirmier sur le programme. La recherche permettrait de rendre visible nos interventions et valoriserait notre rôle autonome. Peu de résultats démontrent les conséquences du programme sur la pratique infirmière.

7. CONCLUSION

Le thème étudié dans ce travail de Bachelor est récent et est survenu suite à la mise en place des DRG. La réhabilitation rapide mène à une adaptation du travail infirmier, en effet les infirmiers doivent fournir des prestations spécifiques au programme avec une durée de séjour du patient raccourcie. Le patient doit également s'adapter au programme qui devient acteur de sa santé. Les proches étant généralement indissociable des patients, ils pâtissent au même niveau. Il nous semblait alors important de s'intéresser à l'impact du programme sur la population soignée ainsi que sur ses proches.

L'analyse des articles retenus, met en évidence la vulnérabilité des patients liée à la maladie et un dilemme suscitant la réflexion concernant l'importance des symptômes ressentis. Un aspect qui reflète la nécessité du rôle infirmier par l'enseignement thérapeutique avant la sortie de l'hôpital. Les proches doivent à la fois soutenir les patients en les aidant à combler leur manque de capacité tout en faisant face à leur manque de compétences engendrant un sentiment d'impuissance. Ce qui démontre que l'infirmière doit intervenir auprès des proches au même titre que les patients.

Cette recension des écrits apporte de l'originalité car elle est analysée grâce à une théorie infirmière à large spectre, valorisant notre métier et la recherche à laquelle nous avons été sensibilisées dans le cadre de notre travail de Bachelor et nos trois ans de formation. La thématique abordée dans ce travail suscite de la discussion par sa récence, ce qui amène notre sujet à être peu étudié à ce jour dans tous ses aspects. Les cliniciens nécessitent l'appui sur des résultats probants afin d'améliorer la performance des soins, ce qui démontre l'importance d'un travail tel que le nôtre.

8. BIBLIOGRAPHIE

8.1 Liste de références bibliographiques

- Aiken, L.H., Clarke, S., Sloane, D., Lake, E., & Cheney, T. (2008). Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes. *Journal of Nursing Administration*, May; 38(5):223-9. doi:10.1097/01.NNA.0000312773.42352.d7
- Basse, L., Thorbol, J.E., Lossl, K., & Kehlet, H. (2004). Colonic Surgery With Accelerated Rehabilitation or Conventional Care. *Dis Colon Rectum.*; 47(3): 271-278.
- Berbiglia, V. A., & Banfield, B. (2013). Self-Care Deficit Theory of Nursing. *Nursing Theorists and Their Work*, 240.
- Bottcher Berthelsen, C. B., Lindhardt, T., & Frederiksen, K. (2014). Maintaining Unity – relatives in older patients’ Fast-track treatment programmes. *Journal of Advanced Nursing*, 70, 2746–2756. doi : 10.1111/jan.12407
- Brunner, L. S., Smeltzer, S. C., Suddarth, D. S., & Bare, B. (2011). *Médecine et chirurgie : volume 1. Généralités* (Vol. 1). Bruxelles, Belgique : De Boeck Université.
- Direction de la santé et des affaires sociales. (2016). *Qu'est-ce que c'est un-e proche-aidant-e?*. Repéré à <http://www.fr.ch/dsas/fr/pub/sante/proches-aidants.htm>
- Eledjam, J.-J. & Viel, E. (2006). *La réhabilitation périopératoire*. Repéré à http://www.sfar.org/acta/dossier/archives/ca06/html/ca06_25/ca06_25.htm
- Glaser, B.G. (2001) *The Grounded Theory Perspective : Conceptualization contrasted with description*. Mill Valley, CA : Sociology Press.
- Haute autorité de santé. (2014). Repéré à http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-09/note_de_cadrage_programme_rehabilitation_rapide.pdf

- Hübner, M., & Demartines, N. (2014). Comment mettre en œuvre un programme ERAS: les éléments-clés. Expérience de Lausanne. *Nutrition clinique et métabolisme*, 28(1), 70-72. doi : 10.1016/j.nupar.2013.11.005
- Jorgensen, L.B., Fridlund, B. (2016). Restoring integrity – A grounded theory of coping with a Fast-track surgery programme. *Internal journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*. doi : 10.3402/qhw.v11.29864
- Karlsson, A., Johansson, M. & Lidell E. (2006). Endurance - Integration of strength and vulnerability in relatives' response to open heart surgery as a lived experience. *International journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*. 1(3),159. doi :10.1080/17482620600763821
- Kjølhede, P., Borendal Wodlin, N., Nilsson, L., Fredrikson, M. & Wijma, K. (2012). Impact of stress coping capacity on recovery from abdominal hysterectomy in a Fast-track programme, *BJOG*. 119(8):998–1006. doi: 10.1111/j.1471- 0528.2012.03342.x.
- Leister, J. E., & Stausberg, J. (2005). Comparison of cost accounting methods from different DRG systems and their effect on health care quality. *Health Policy*, 74(1), 46-55. doi : 10.1016/j.healthpol.2004.12.001
- Melnyk, M., Casey, R. G., Black, P., & Koupparis, A. J. (2011). Enhanced recovery after surgery (ERAS) protocols: Time to change practice?. *Canadian Urological Association Journal*, 5(5), 342–348. doi :10.5489/cuaj.11002
- Norlyk, A. (2009). After colonic surgery a phenomenological study of participating in a Fast-track programme. *Faculty of Health Sciences*. doi : [10.1080/17482620903027726](https://doi.org/10.1080/17482620903027726)
- Norlyk, A., & Harder, I. (2009). After colonic surgery: The lived experience of participating in a Fast-track programme. *International Journal of Qualitative studies on Health and Well-being*, 4(3), 170-180. doi :10.1080/17482620903027726
- Norlyk, A., & Harder, I. (2011). Recovering at home: participating in a Fast-track colon cancer surgery programme. *Nursing inquiry*, 18(2), 165-173. doi : 10.1111/j.1440-1800.2011.00519.x
- Norlyk, A., & Martinsen, B. (2012). The extended arm of health professionals? Relatives' experiences of patient's recovery in a Fast-track programme. *Journal of advanced nursing*, 69(8), 1737-1746. doi : 10.1111/jan.12034
- Orem, D.E. (1991). *Nursing : Concepts of practice*. St. Louis, Missouri : Mosby Company

- Orem, D. E. (1997). Views of human beings specific to nursing. *Nursing Science Quarterly*, 10(1), 26-31. doi: 10.1177/089431849701000110
- Orem, D.E. (2001). *Nursing : concepts of practice*. St. Louis (Missouri) : Mosby.
- Page, C. & Ricard, N. (1996). Bases conceptuelles et théoriques d'un instrument développé en vue d'identifier les nécessités d'auto-soin de femmes traitées pour un trouble dépressif. *Canadian Journal of Nursing Research*, 28(3), 95-112.
- Pepin, J., Kérouac, S., & Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière (3ème éd.)*. Montréal, QC : Chenelière Education.
- Philp, S., Carter, J., Barnett, C., D'Abrew, N., Pather, S., & White, K. (2015). Patients' perspectives of Fast-track surgery and the role of the Fast-track clinical nurse consultant in gynecological oncology. *Holistic nursing practice*, 29(3), 158-166. doi : 10.1097/HNP.0000000000000086
- Rettke, H., Frei, I. A., Horlacher, K., Kleinknecht-Dolf, M., Spichiger, E., & Spirig, R. (2015). Nursing care in the run-up to SwissDRG-Nurses' experiences with interprofessional collaboration, leadership, work load and job satisfaction. *PFLEGE*, 28(3), 133-144. doi: 10.1024/1012-5302/a000421
- Roulin, D., Blanc, C., Demartines, N., & Hübner, M. (2014). Réhabilitation améliorée après chirurgie— L'ère de la prise en charge optimale du patient chirurgical. *Rev Med Suisse*, 1343, 1347.
- Schoke, A., Künzli, C., Zehntner, C., Hübner, M. & Breitenstei, S. (2013). *Optimisation du management périopératoire - Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®)*. Repéré à <http://www.medicalforum.ch/docs/smf/2014/03/fr/fms-01785.pdf>
- Slim, K., Le guen, M., Demartines, N. & Rio D. (2012) *Réhabilitation rapide en chirurgie digestive*. Repéré à <http://www.chirurgie-viscerale.org/Data/upload/files/Mise%20au%20point/FCC6%20mise%20en%20page.pdf>
- Spirig, R., Spichiger, E., Martin, J. S., Frei, I. A., Müller, M., & Kleinknecht, M. (2014). Monitoring the impact of the DRG payment system on nursing service context factors in Swiss acute care hospitals: Study protocol. *GMS German Medical Science*, 12, Doc07. doi :10.3205/000192
- Specht, K., Kjaersgaard-Andersen, P., Kehlet, H., Wedderkopp, N., Pedersen, B. (2015). High patient satisfaction in 445 patients who underwent Fast-track hip or knee replacement. *Acta Orthopaedica*. 86:6. doi : [10.3109/17453674.2015.1063910](https://doi.org/10.3109/17453674.2015.1063910)

SwissDRG 1.0. (2011). *Swiss Diagnosis Related Groups Version 1.0*. Repéré à http://www.swissdrg.org/assets/pdf/System_10/Introduction_Manuel_de_definition_SwissDRG_v1.0_f_final.pdf

Hölzer, S. (n.d.). *Les « SwissDRG » ou forfaits par cas*. Repéré à <http://www.swissdrg.org/assets/pdf/Medien/Bulletin.pdf>

SwissDRG. (2015). *Les forfaits par cas dans les hôpitaux Suisse*. Repéré à http://www.swissdrg.org/assets/pdf/Broschuere/150212_SwissDRG_Broschuere_F.PDF

Taylor, S.G., & Renpenning, K. (2011). *Self-care Science, Nursing Theory, and Evidence-based Practice* (1st ed.). New York: Springer Publishing Company, LLC.

8.2 Liste bibliographique

Fawcett, J., & DeSanto-Madeya, S. (2013). *Contemporary Nursing Knowledge : Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories*. Philadelphia: F.A. Davis Company.

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (2e ed.). Montréal: Chenelière éducation. [SEP]

Kehlet, H., & Wilmore, D. W. (2005). Fast-track surgery. *British Journal of Surgery*, 92(1), 3–4. doi: 10.1002/bjs.4841